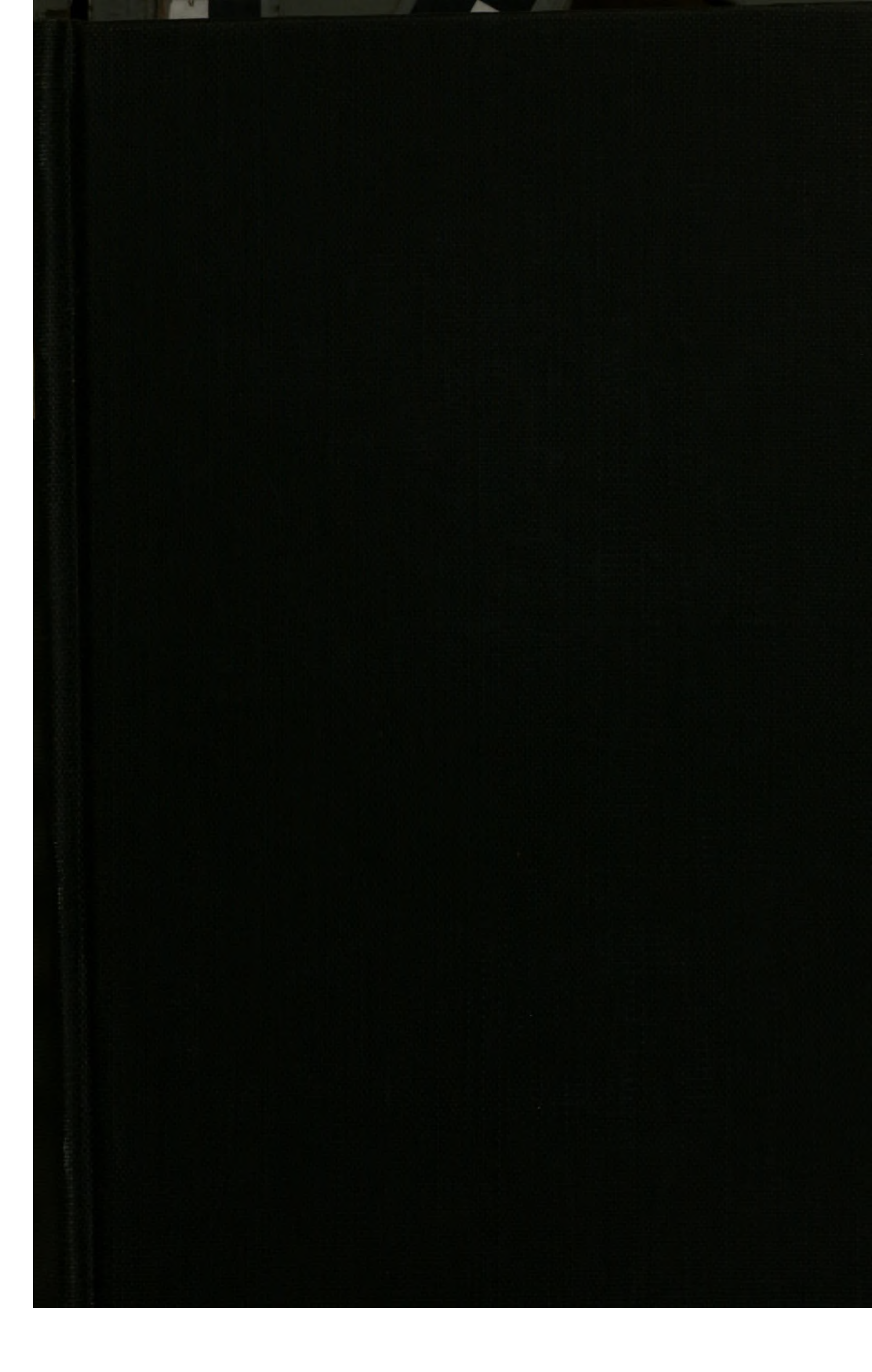
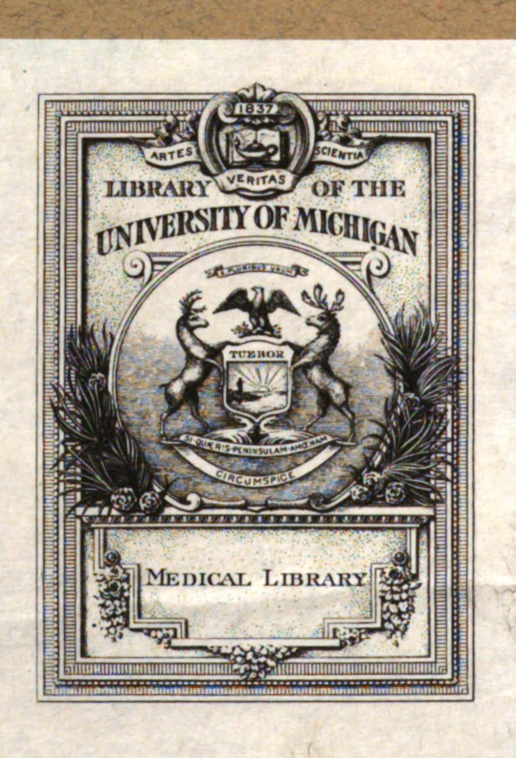
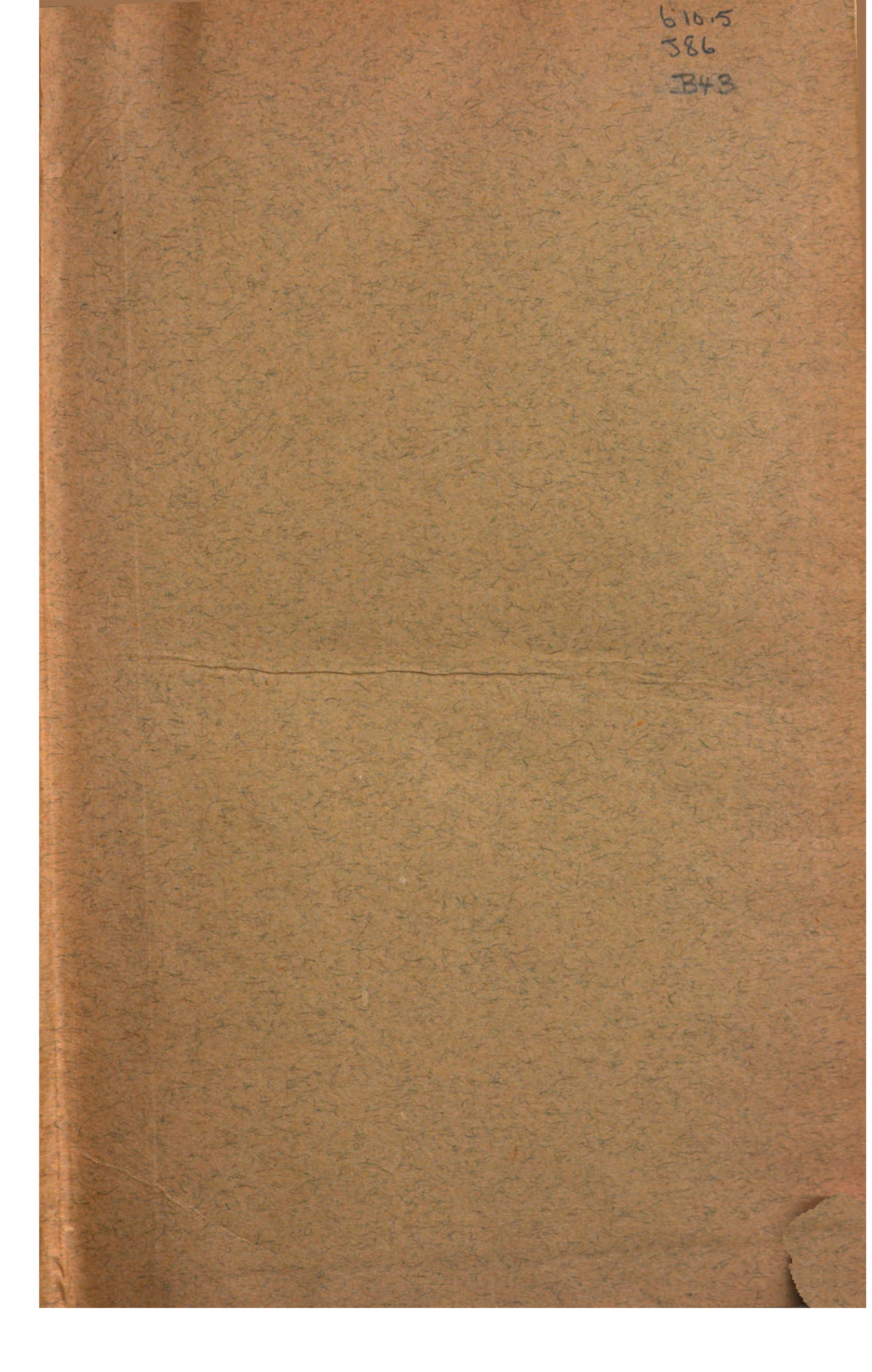





610.5
J86
B43

TRAVAUX ORIGINAUX

Atrophie musculaire progressive

par le Dr DEBRAY

Communication faite à la Société belge de Neurologie
Séance du 30 novembre 1907

Dans le cours d'affections diverses du système nerveux, on assiste l'atrophie du système musculaire. Seulement, le mode suivant :quel cette régression des muscles se fait est différente et pour ceraines modalités on est autorisé, de par la marche clinique, à faire es types bien déterminés.

Ne se bornant pas à l'évolution clinique des cas observés, cerains auteurs se sont essayés à déterminer, par le nom donné au ;pe considéré, la pathogénie de l'atrophie musculaire.

Erb a appelé *dystrophie musculaire progressive* une forme sévisant plutôt dans l'enfance et atteignant d'abord les muscles des eintures pelvienne et scapulaire.

Boix lui a donné le nom de *myopathie primitive progressive* rattahant en quelque sorte l'altération observée à un trouble primordial e la fibre musculaire.

Je n'ai nullement la prétention de vouloir déterminer, à l'occasion e la présentation de cette malade, la pathogénie de l'atrophie musulaire progressive juvénile, je me bornerai à passer en revue les rincipaux travaux qui lui ont été consacrés.

Mlle B. Bo... est âgée de 22 ans. Elle a eu dans son jeune âge 7 mois) des convulsions, mais après, jusque l'âge de 13 ans, n'a résenté aucun trouble morbide. Elle fut réglée à 15 ans et ses mentrues sont, depuis cette époque, toujours régulières et normales.

Dans les antécédents immédiats, ni dans la famille dans les lignes atérales on ne trouve aucun cas analogue.

Le père, machiniste à l'Etat, est âgé de 50 ans, et bien portant. .a mère, âgée de 44 ans, n'a jamais souffert.

Il existe une sœur plus jeune, âgée de 14 ans, qui est bien porante.

Les parents de la patiente se sont aperçus de l'altération qui s'est roduite dans les muscles de celle-ci à l'occasion des mouvements es bras, et surtout lorsque la fillette voulait saisir un objet situé 1-dessus du niveau de l'épaule. Ils attribuèrent d'abord la bizarrerie es mouvements de leur enfant à la fatigue qu'elle aurait pu éprouer en faisant de la gymnastique : cette jeune fille fréquentait une cole de gymnastique où elle accomplissait des développements qui tonnaient ses compagnes.

Peu à peu les mouvements des muscles des épaules devinrent plus difficiles en même temps que ces muscles diminuaient de volume.

Les réactions électriques sont fortement diminuées dans les muscles atrophiés et ce au prorata de leur diminution de volume; mais on ne constate dans aucun d'eux la production de réaction de dégénérescence.

Les mouvements et l'état de repos ne permettent non plus de constater la production de contractions fibrillaires dans les masses atrophiées.

A côté des muscles atrophiés on constate que d'autres muscles (triceps et biceps brachial, deltoïdes en certains points) sont plutôt plus volumineux que normalement.

Le biceps du côté gauche l'est moins que celui de droite et a déjà subi une transformation fibreuse. On sent qu'il est contracté, tendu comme une corde au niveau de sa partie inférieure.

Jamais aucune douleur n'a été ressentie par la malade dans ces régions atrophiées.

Les sensibilités sont normales partout : contact, piqûre, froid, chaud, pression.

Il existe une notable hyperesthésie aux courants électriques. Il est difficile de faire supporter à la patiente des intensités fortes, aptes à renseigner exactement sur le degré de contractilité électrique des muscles atrophiés. Sauf à la face, où la contraction se produit sous des intensités moindres, on peut mettre en évidence la conservation de la contractilité musculaire.

Les réflexes tendineux des deux bras sont presque abolis, le réflexe du poignet existe encore des deux côtés, mais est très faible.

L'altération musculaire n'atteint pas la ceinture pelvienne ni les muscles des membres inférieurs. Les mollets ne sont pas hypertrophiés, ils mesurent tous deux 37 1/2 centimètres, les muscles y sont sains, de consistance normale. Les réflexes tendineux rotuliens et achilléens sont bons et normaux. Il n'y a pas de signe de Romberg.

Le cas que j'ai l'honneur de vous présenter répond bien à la description qu'ont faite les nombreux auteurs qui ont décrit l'atrophie musculaire progressive à type facio scapulo humérale.

La face présente cette atrophie des muscles des joues qui entraîne la production du rire en travers si spécial à cette forme.

L'absence de rides sur le front et le peu de participation du haut de la figure aux contractions musculaires qui caractérisent le rire, la distinguent d'autres formes cliniques d'atrophie faciale.

Les muscles de la partie dorsale du cou et ceux qui fixent l'omoplate au tronc permettent, par leur atrophie, à cet os de basculer. Ils entraînent ainsi l'impotence de l'épaule et l'impossibilité pour le bras de prendre la position horizontale.

Bien que les muscles des bras ne paraissent pas atrophiés à première vue, la rétraction du biceps brachial gauche démontre que l'altération qui a atteint ceux du dos les envahit à leur tour.

II

L'atrophie musculaire progressive se caractérise par des symptômes qui en font bien une entité spéciale.

Et d'abord, la façon dont évolue l'atrophie des muscles ne se rencontre pas dans les autres maladies où les muscles perdent leur toni cité et diminuent de volume.

C'est à la racine des membres que le plus souvent les muscles sont atteints. C'est du moins là que l'atrophie se manifeste de prime abord. Car il faut le remarquer, en même temps que la fonte musculaire, il se produit dans presque tous les cas une augmentation de volume de certains muscles, voire même de portions de muscles. Ces modifications : atrophie avec hypotonicité, augmentation de volume partielle ou totale de certains muscles, atteignent des régions spéciales, voire même certains muscles, en en respectant, tout à côté, certains autres.

La distribution de l'atrophie ou de la fausse hypertrophie (car ces muscles augmentés de volume ont perdu de leur pouvoir contractile) est le plus souvent symétrique.

La face est atteinte dans certaines formes de dystrophie musculaire progressive, mais ici les muscles ne présentent que très rarement la phase hypertrophique. Ils perdent parallèlement leur volume et leur force contractile.

Ces muscles atrophiés ne réagissent pas sous l'influence des courants électriques, comme le font les muscles qui dégénèrent par suite d'altération nerveuse périphérique ou myélitique. La réaction de dégénérescence ne se constate pas chez eux dans la grande majorité des cas. Ces muscles ne présentent non plus pas de contraction fibrillaire, comme ceux qui dégénèrent par suite de névrite ou d'altération médullaire.

C'est en se basant sur ces faits d'observation courante : absence de réaction de dégénérescence, ainsi que de contraction fibrillaire, que certains auteurs ont cru pouvoir rattacher l'atrophie musculaire progressive à une altération primitive du muscle et l'ont dénommée : myopathie progressive. Ces auteurs ont voulu en faire une entité morbide nettement séparée de toutes les autres formes d'atrophie des muscles. Cette façon d'envisager la maladie que nous étudions aujourd'hui est peut-être trop radicale, car on connaît des cas cliniques dans lesquels, à côté des caractères typiques de la myopathie progressive, on rencontre d'autres symptômes, qui permettent de les rattacher aux affections myélitiques ou névritiques.

Anatomie pathologique

Si l'opinion qui fait dépendre d'une altération primordiale du muscle l'atrophie musculaire progressive est la vraie, nous devrions trouver dans l'anatomie pathologique de la fibre musculaire des caractères spéciaux à cette forme clinique d'atrophie.

Boix (1) décrit ainsi les altérations musculaires : « Macroscopiquement les muscles peuvent présenter un volume égal, supérieur ou inférieur au volume normal, suivant qu'il s'agit d'une des formes pseudo-hypertrophique ou atrophique. Mais ce qui frappe surtout, c'est leur coloration pâle, ordinairement jaune clair, tirant sur le gris, ou bien couleur *chair de poisson* et se confondant avec le tissu cellulo-adipeux ambiant. La coloration des muscles malades contraste avec la rougeur plus ou moins franche des muscles sains. »

Histologiquement, il considère les modifications présentées par les divers éléments du muscle : *fibre striée, tissu cellulo-adipeux, vaisseaux et nerfs intra-musculaires.*

L'examen d'une coupe montre, dans un cas de moyenne intensité, des fibres musculaires atrophiées, d'autres de dimensions normales. Sur les fibres légèrement hypertrophiées, la striation est conservée, quelquefois à peine visible; elle est comme dérangée, car elle n'est plus tout à fait transversale, mais ondulée ou en arc, courbée dans différentes directions.

Dans d'autres, il existe une dissociation dans le sens transversal, de sorte que les striations sont devenues très larges. On trouve aussi une dissociation des éléments carrés ou des disques. Sur les fibres plus grosses (il y en a qui atteignent 25 μ, il n'y a plus qu'une légère striation longitudinale, le corps de la fibre est devenu hyalin, transparent, et présente des fissures et des vacuoles.

Les fibres sont en même temps fragmentées et l'on y trouve des fissures ou cassures à bords sinueux; sur quelques-unes on voit de distance en distance des nodosités plus ou moins surélevées, simulant des anneaux ou disques comprenant toute la largeur de la fibre; d'autres fibres sont bifurquées à une extrémité.

Toutes présentent une prolifération marquée des noyaux du sarcolemme. Ceux-ci sont tellement nombreux parfois, que la distance qui les sépare n'est guère plus grande que leur diamètre même. Enfin les fibres les plus petites ne sont plus représentées, sur des coupes parallèles à l'axe du muscle, que par quelques traînées interrompues de substance hyaline offrant quelquefois une légère striation, mais déchiquetées, irrégulières et creusées de fissures et de vacuoles.

---

(1) Boix. Myopathie primitive progressive. (Traité de Charcot, Bouchard et Brissaud, vol. VI, p. 937, année 1894.)

La phase hypertrophique précède la phase atrophique (Erb, Hitzig), l'atrophie est donc le stade terminal. Elle peut quelquefois se montrer seule d'emblée dans un muscle où l'on ne rencontre pas de fibres hypertrophiées.

Dans un même muscle toutes les fibres ne subissent pas en même temps une altération identique; il s'agit le plus souvent d'un processus disséminé allant de fibre en fibre, de faisceau en faisceau. On conçoit donc que le volume apparent du muscle ne soit pas en concordance avec tel ou tel stade de la maladie, la présence d'un certain nombre de fibres hypertrophiées suffisant à masquer l'atrophie d'un plus grand nombre.

Mais le processus ne porte pas seulement sur la fibre musculaire. Le tissu conjonctif interstitiel s'hyperplasie de telle sorte qu'il contribue pour une grande part, dans certaines formes, à l'accroissement exagéré du volume total de l'organe. La prolifération des noyaux s'observe à des degrés très divers et l'évolution nouvelle aboutit soit à une simple infiltration embryonnaire, soit à l'organisation fibreuse, véritable sclérose du muscle, avec rétraction tendineuse définitive; dans certains cas, la prolifération de cellules graisseuses interstitielles est tellement exagérée que le tissu adipeux non seulement compense en volume le tissu musculaire atrophié ou disparu, mais encore donne l'illusion de muscles herculéens; c'est ce que l'on observe dans la forme dite : paralysie pseudo-hypertrophique.

Les vaisseaux sanguins participent à l'altération générale. Veines et artères sont souvent entourées de plusieurs couches de cellules embryonnaires mononucléaires rondes, et entre lesquelles se voient des cellules fixes augmentées de volume. Cette infiltration se prolonge le long des petits vaisseaux musculaires primitifs. Il y a également de l'endartérite ou endo-capillarite, produisant un rétrécissement et même quelquefois une oblitération de la lumière du vaisseau. Enfin, les parois elles-mêmes sont devenues embryonnaires, les cellules fixes sont en multiplication (Babes).

On peut voir également les vaisseaux lymphatiques sinueux, dilatés et tapissés de cellules endothéliales plus grosses qu'à leur état normal.

Quant aux nerfs intramusculaires, un grand nombre d'observateurs en ont constaté l'intégrité.

Cependant, on a noté des altérations des faisceaux nervo-musculaires (Fuerstner). Dans un cas de pseudo-hypertrophie, Babes a noté que les lésions sont surtout évidentes à la terminaison, tandis que les fibres nerveuses, même après leur isolement et leur division, montrent peu de lésions. On n'y constate qu'une prolifération peu prononcée de la gaine de Schwann et de la gaine de Henle, en même temps qu'un gonflement du cylindraxe plus prononcé qu'à l'ordinaire.

Seulement, près de la terminaison, le cylindraxe se colore à peine par l'or et les noyaux de ses gaines, en même temps que les noyaux du sarcolemme sont en prolifération évidente. Le nerf se termine avec un noyau terminal proliféré, tandis que les terminaisons proprement dites en crosses et en filaments ont disparu, de sorte que dans la plaque terminale il n'y a pas même un élément colorable par l'or, et à leur place on trouve une substance pâle, grenue, une masse considérable de noyaux en prolifération de différentes provenances, en même temps qu'une substance granuleuse renfermant aussi des grains graisseux. En comparant ces terminaisons dans les fibres qui ont perdu leur striation avec celles des fibres normales de la même région, on peut très bien apprécier cette lésion remarquable. Dans certaines fibres musculaires encore plus modifiées, la fibre nerveuse se termine par un filament très fin qui ne se colore plus par l'or et qui est entouré par une plaque atrophique uniforme sans aucune structure.

Quoique certains auteurs (Landouzy et Déjérine), qui n'ont pas constaté de lésions vasculaires, se refusent à voir dans l'atrophie musculaire progressive autre chose qu'une atrophie simple, de nombreux autres, frappés de la participation du système vasculaire, rattachent l'atrophie des fibres musculaires et l'apparition du tissu graisseux qui les remplace à l'influence hyponutritive des vaisseaux sanguins (Babes, Blocq et Marinesco).

Metchnikoff avait d'abord pensé que les cellules musculaires jouaient un rôle phagocytique. Dans les cas où les fibrilles ne manifestent pas une activité suffisante, le protoplasma interstitiel s'empare d'elle et les dévore. La substance contractile (myoplasma) s'entoure du plasma interstitiel du faisceau (sarcoplasma) ; celui-ci englobe et digère les fibrilles et se transforme en cellules amiboïdes. Lewin a constaté la formation de phagocytes; le sarcoplasma des faisceaux se différencie en cellules amiboïdes qui englobent la substance striée.

Dans un savant travail de nos collègues, MM. De Buck et De Moor (1), le processus de l'atrophie musculaire est rapporté à l'activité des noyaux du sarcolemme. Ils ont étudié l'atrophie musculaire dans de nombreux cas pathologiques et fait des expériences sur les animaux. Pour ces auteurs, le processus est sensiblement le même, que la cause qui entraîne l'atrophie soit la section ou l'arrachement du nerf, la destruction de la moelle ou du cerveau, ou l'atrophie myopathique elle-même.

La fibre musculaire est dissociée par la prolifération des noyaux du sarcolemme, qui, s'entourant d'une zone claire où la substance

---

(1) De Buck et De Moor. Morphologie de la régression musculaire. (*Le Névraxe*, vol. V., fasc. 8, 1903.)

est dissoute, s'insinuent entre les fibrilles qu'ils séparent. Ils produisent un clivage de la fibre musculaire et les parties élevées ou séparées disparaissent.

De là diminution de volume de la fibre musculaire. Les noyaux provoquent ainsi une véritable sarcolyse. Ils entraînent cependant à leur pourtour une certaine quantité de sarcoplasma qui, d'après Durante, pourrait, si les conditions d'excitabilité et de milieu étaient favorables, reconstituer le muscle dissocié. En un mot, la fibre musculaire, dans ces divers processus, a une tendance à retourner à l'état embryonnaire, où les noyaux du sarcolemme sont nombreux et inclus dans la substance musculaire non différenciée.

De l'étude du travail de MM. De Buck et De Moor il ressort cependant qu'il existe quelques différences morphologiques entre les formes de régression musculaire dues aux sections ou destructions nerveuses expérimentales et à celles qui se produisent dans le cours d'affections provoquant une atrophie musculaire. Dans ces dernières, à côté du clivage et de la sarcolyse, il se produit souvent une métaplasie conjonctivo-graisseuse.

Les noyaux prolifèrent avec une intensité telle parfois, que la substance propre du muscle est en certains points remplacée par eux.

MM. De Buck et De Moor font ressortir le rôle actif des noyaux dans la régression musculaire; ils rapprochent la sarcolyse de la chromatolyse. Le retour à l'état embryonnaire de la cellule différenciée, déclarent-ils, a pour but d'augmenter les résistances, la conservation de la cellule.

Le noyau exerce sur le protoplasme différentiel une action histolytique afin de lui faire reprendre un état protoplasmique fonctionnellement moins élevé, mais nutritivement plus vivace. Tant que ce noyau n'aura pas été atteint d'une façon trop profonde, on est en droit — l'élément cellulaire se trouvant replacé dans des conditions fonctionnelles adéquates — d'espérer la régénération du protoplasma différencié.

Ils tirent les conséquences pratiques suivantes de leur savante étude : Le pouvoir trophique que les noyaux du sarcoplasme possèdent sur la fibre musculaire, leur influence sur la régression de la substance contractile, ainsi que la propriété qu'ils ont de régénérer le muscle, démontrent que le stimulus fonctionnel est un agent thérapeutique puissant de l'atrophie musculaire. Pour ces auteurs, l'uniformité du processus régressif, dans les diverses variétés cliniques d'atrophie, tend à prouver que les réactions (électriques) différentes du muscle qu'on observe, ne reposent pas sur des propriétés morphologiques spéciales, mais doivent trouver une autre interprétation. Ils croient notamment que la réaction de dégénérescence ne renseigne pas l'état morphologique du muscle, mais celui du téléneurone moteur.

Si nous passons en revue les travaux que Mlle Ioteyko à publiés concernant les divers états de la fibre musculaire et les réactions que ces fibres modifiées présentent, nous voyons que cet auteur affirme, au contraire de MM. De Buck et De Moor, que la réaction de dégénérescence est liée intimement à l'état du muscle et à la transformation du muscle strié (myoplasme) en muscle lisse (sarcoplasme).

La dégénérescence musculaire, paur Mlle Ioteyko, se caractérise morphologiquement par un retour du muscle à l'état embryonnaire : diminution ou disparition de la substance fibrillaire (perte de la striation) et développement considérable du sarcoplasme. Le muscle perd donc ses caractères de différenciation et ceux d'être un muscle strié. Il acquiert les caractères morphologiques du muscle lisse. Et en même temps, il devient un muscle lisse par son fonctionnement. Abstraction faite de l'inversion de la formule, les réactions les plus caractéristiques des muscles dégénérés sont constituées par la perte de la contractilité faradique et par la lenteur de la secousse. Ces modifications de la secousse sont précisément dues à l'abondance du sarcoplasme dans le muscle dégénéré; elles constituent la réaction normale, caractéristique du sarcoplasme, qui, étant moins différencié que la substance fibrillaire, n'est presque pas excitable par les ondes rapides d'induction. Il n'est excitable que par le passage permanent du courant voltaïque et ne réagit que par la contraction lente qui lui est particulière (Ioteyko [1]).

Voilà deux opinions opposées de nos savants collègues. Quelle est celle qui nous donnera la clef du mécanisme des réactions modifiées dans certaines variétés d'atrophie ?

Si l'opinion de Mlle Ioteyko peut nous permettre d'expliquer ce qui se passe dans le cours des atrophies du type Aran Duchenne et dans les myélopathies accompagnées d'atrophie musculaire, il n'en est plus de même dans l'atrophie musculaire progressive. En effet, dans ces cas, nous voyons la phase dans laquelle les muscles se sont fondus pour ainsi dire, être précédée, dans l'immense majorité des cas, d'hypertrophie de ces mêmes muscles. Certaines fibrilles de ces muscles hypertrophiés acquièrent une épaisseur de 25 μ. On a cru pendant longtemps que cette augmentation de volume était due au développement des noyaux du sarcolemme. Si nous observons les figures qui accompagnent le travail de MM. De Buck et De Moor, nous voyons que c'est bien au développement exagéré du sarcoplasme que ces fibres doivent leur volume exagéré. Or, jamais, dans le cours de ces formes d'atrophie pseudo-hypertrophiques, on ne décèle, dans ces muscles hypertrophiés, la réaction de

(1) I. IOTEYKO. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles, 1900. (*Compte rendu*, p. 430.)

dégénérescence. La formule électrique se modifie lentement et l'excitabilité musculaire diminue au prorata de l'altération du muscle.

Si cependant la réaction de dégénérescence est caractéristique du développement du sarcoplasme, c'est bien dans ces muscles où nous le trouvons développé au maximum que nous devrions la voir se produire avec netteté. Et justement elle ne s'y manifeste pas.

Mais nous la voyons fréquente et manifeste dans des muscles réduits en volume et où la modification de la fibre s'est produite sous l'influence évidente d'une altération nerveuse.

Si nous considérons les altérations des terminaisons nerveuses et des plaques terminales observées par Babes, nous devons plutôt admettre que la cause de la réaction de dégénérescence réside dans l'altération des centres nerveux et des troncs nerveux périphériques, ou, comme le disent De Buck et De Moor, dans le téléneurone moteur.

En effet, dans l'atrophie musculaire progressive les troncs nerveux ne sont presque pas altérés, les cellules de la moelle le sont rarement et nous constatons que les réactions électriques sont amoindries — mais non perturbées — au prorata des altérations musculaires. Tandis que dans les autres maladies dans lesquelles les muscles sont atrophiés mais où l'on constate en même temps une altération primitive des centres nerveux ou des cordons nerveux pérypheriques, les réactions électriques sont grandement modifiées et nous voyons souvent la réaction de dégénérescence se manifester.

Dans le cours de ces diverses maladies, on constate aussi fréquemment du tremblement fibrillaire à l'occasion du mouvement des parties atrophiées; alors que dans l'atrophie musculaire progressive il est rare de voir ce symptôme se produire.

Si, comme le déclarent MM. De Buck et De Moor, les modifications que subit la fibre musculaire sont sensiblement les mêmes, quelle que soit la cause qui ait amené sa régression, nous devons encore rapporter les tremblements fibrillaires à l'altération des nerfs ou des centres nerveux.

Cette parakinésie qu'est le tremblement fibrillaire est certainement due à un défaut dans la transmission du pouvoir tonique émis par les centres nerveux. Les cellules motrices ou les conducteurs nerveux périphériques, atteints de désintégration, ne transmettent plus le tonus nerveux avec un potentiel constant. Une partie de ce tonus est interceptée par les cellules ou les nerfs altérés et ce n'est que d'une façon intermittente que la fibre musculaire reçoit l'influx moteur qui lui est destiné.

Dans l'atrophie musculaire progressive, nous constatons, lorsque l'altération des muscles est assez prononcée, que les courants électriques, faradiques, même voltaïques, ne provoquent plus aucune contraction.

Les lésions des fibrilles nerveuses terminales et l'altération profonde que subissent les plaques motrices, en même temps que la perte de striation qu'a subie la fibre musculaire, sont assez de causes qui nous expliquent cette absence de réponse des muscles aux excitations électriques.

Pathogénie de l'atrophie musculaire progressive

Dans le grand nombre des travaux qui ont été faits concernant cette forme clinique de l'atrophie des muscles, il est difficile de trouver des preuves en faveur de l'origine nerveuse ou de la priorité de l'altération musculaire.

L'activité que présentent les noyaux du sarcolemme dans le cours de la régression musculaire est sensiblement la même, quelle que soit la cause qui entraîne le retour de la fibre musculaire à l'état embryonnaire. Nous ne pouvons donc trouver dans la différenciation de l'altération musculaire une preuve de la cause myogénique de l'atrophie musculaire progressive. D'autre part, l'altération du tissu conjonctif, celle des vaisseaux, dans le voisinage des muscles altérés, est de nature à prouver qu'une cause générale régit les altérations constatées.

D'ailleurs, de nombreux cas d'atrophie musculaire progressive à type clinique classique ont permis de constater l'existence d'altérations manifestes des centres nerveux et des fibres nerveuses qui en naissent.

Hoffman (1) a trouvé à l'autopsie d'un enfant atteint d'atrophie musculaire progressive une dégénérescence symétrique et très intense des cellules des cornes antérieures jusqu'au niveau du nerf spinal. Outre les cellules atrophiées, certaines ont disparu. Dégénérescence considérable des racines antérieures. Les nerfs périphériques et les faisceaux intra-musculaires sont moins atteints. Dans la moelle on a trouvé, en outre, une dégénérescence du faisceau pyramidal, du faisceau de Türk et d'une partie du faisceau fondamental latéral que l'on ne peut plus suivre au-delà de l'entrecroisement des pyramides. Les muscles présentent une simple atrophie à divers degrés, qui n'aboutit pas cependant à la disparition complète des fibres dans les muscles des mollets.

Cet enfant, âgé de 7 mois, fut, sans cause apparente, atteint de parésie flasque et bilatérale des muscles de la cuisse et des fesses, qui atteignit progressivement le dos, le cou, les épaules et enfin les bras, les avant-bras et les muscles de la main, d'une part, et ceux de la jambe, d'autre part. Cette parésie était accompagnée d'atrophie

(1) Hoffman. Nouvelle contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive héréditaire dans l'enfance. (Résumé in *Revue de Neurologie*, 1897, p. 539.)

avec perte des réflexes tendineux et déviation de la colonne vertébrale. Il n'y a pas eu de contractions fibrillaires ni de troubles de la sensibilité et des sphinctus.

Les réactions électriques n'ont pas été recherchées.

D'autre part, Maisner (1) apporte une nouvelle contribution à l'anatomie pathologique de la pseudo-hypertrophie musculaire progressive. Il a trouvé dans la moelle épinière, surtout dans la partie lombaire, que les cellules ganglionnaires des cornes antérieures sont pauvres de prolongement et que les prolongements protoplasmiques font complètement défaut. Le corps cellulaire est transformé en un amas de graisses plus ou moins grand, dans lequel se trouve le nucléole bien conservé. Dans les cellules où le processus destructif était plus avancé, on n'a pu constater la présence du nucléole. Quelques cellules ont conservé leur aspect normal.

Il existe des hémorragies dans la névroglie, les veines sont dilatées et remplies de beaucoup de sang. Les parois des vaisseaux sont épaissies.

La substance blanche et les nerfs périphériques offrent quelques lésions; les cylindres sont agrandis et ne se colorent que difficilement, ils sont tuméfiés, surtout dans les nerfs du plexus brachial. Dans le nerf crural et le sciatique le processus destructif des cylindres est assez avancé.

Préobrazenski (1) a décrit, à la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Moscou, les altérations qu'il a trouvées chez un garçon de 12 ans atteint, depuis deux ans, de faiblesse dans les extrémités : démarche incertaine, hypertrophie des mollets; mort d'entérite.

Les fibres musculaires des triceps et des fessiers sont très altérées, elles sont minces; il y a un développement exagéré du tissu graisseux entre les fibres. Moelle syringomyélique.

Un frère, âgé de 17 ans, présente les mêmes troubles et déformations.

Sabrazès et Brenquès (2) ont trouvé, à l'autopsie d'un homme âgé de 58 ans et atteint depuis l'âge de 20 ans d'atrophie progressive, que les cellules des cornes antérieures de la moelle épinière sont sensiblement en même nombre qu'à l'état normal. Parmi ces cellules, beaucoup ont conservé leur intégrité parfaite, d'autres en assez grand nombre sont manifestement rapetissées. Les nerfs musculaires se retrouvent jusque dans l'intérieur des muscles atrophiés munis de leur gaine de myéline et de leur cylindraxe; mais par la méthode

---

(1) MAISNER. Notes sur l'anatomie pathologique de la pseudo-hypertrophie musculaire progressive. (*Casopis ceskych lekorn*, Prague, 1897, c. 50.)

(1) PRÉOBRAJENSKI. Un cas de pseudo-hypertrophie musculaire. (Soc. de Neur. et de Psych. de Moscou, 27 nov. 1898.)

(2) SABRAZÈS et BRENQUÈS. Myopathie primitive et progressive, type facis-scapulo-huméral. (Nouvelle Iconographie de la Salpétrière, janvier-février 1899, p. 48.)

de Golgi on ne rencontre aucune trace de terminaison nerveuse en bouton. Les nerfs facial, cubital, médian, etc., permettent le constater l'existence d'une fibre grêle sur 10 et d'une fibre dégénérée sur 20 ; ces fibres, atteintes de névrite parenchymateuse, ont une gaine de myéline réduite en boules inégales, multiplication des noyaux ; le cylindraxe n'est plus reconnaissable dans les fibres ainsi altérées.

A l'autopsie d'un garçon de 5 ans, Thomas Barlow et F.-E. Batten (3) n'ont constaté qu'une malformation de l'arc postérieur des vertèbres lombaires inférieurs. Il y avait un peu plus de pigmentation des grandes cellules de la moelle qu'à l'état normal ; les fibres des racines postérieures étaient minces et de contours peu nets.

Les lésions des muscles sont caractéristiques de la pseudo-hypertrophie musculaire progressive type Leyden-Mœbius.

Si les cas précédents semblent donner raison aux auteurs qui font dépendre l'atrophie musculaire progressive d'une lésion nerveuse, d'autres, dans lesquels on est d'accord pour admettre l'action évidente d'une altération nerveuse sur la régression musculaire, n'ont pas permis aux observateurs qui en ont fait une étude approfondie de trouver la moindre altération des nerfs ou de la moelle.

La description suivante, que j'emprunte à MM. Déjérine et André Thomas (1), en est une preuve : Il s'agissait d'une femme âgée de 76 ans et qui était atteinte depuis l'âge de 49 ans d'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne aux deux membres supérieurs.

La sensibilité dans les régions altérées est normale pour tous ses modes : tact, douleur, température.

Tous les réflexes des membres supérieurs sont abolis.

Les muscles atrophiés sont le siège de contractions fibrillaires très nettes. En outre, les mains et les doigts présentent un aspect spécial. Le dos de la main est arrondi, potelé, il donne à la palpation une sensation de résistance dure et élastique, ne gardant presque pas l'empreinte du doigt (mains succulentes).

La pression des nerfs n'est nulle part douloureuse. Les réservoirs et les sphincters fonctionnent bien.

L'examen électrique n'a révélé qu'une diminution ou une abolition de l'excitabilité faradique suivant les muscles, mais sur aucun d'eux on n'a constaté la réaction de dégénérescence.

A l'autopsie, les nerfs et la moelle ne présentaient rien d'anormal. Aucune lésion méningée.

L'examen histologique a porté sur les nerfs périphériques et les filets nerveux des muscles atrophiés, sur les muscles, sur la moelle et ses racines.

---

(3) Thomas Barlow et F. E. Batten. Myopathie chez un garçon de 5 ans. (*British med. Journal*, 13 fév. 1899, p. 406.

(1) Dejerine et A. Thomas. de my nUcasopathie à topographie du type Aran-Duchenne suivi d'autopsie. (Soc. de Neur, de Paris, 1er déc. 1904.)

Examen des nerfs intramusculaires. — Cet examen a été fait sur coupes et après dissociation des nerfs fixés par l'acide osmique et colorés ensuite au carmin en masse.

Sur tous les filets qui ont été examinés (filets nerveux des muscles thénar et hypothénar, de l'adduction du pouce, des muscles fléchisseurs superficiels et profonds, des extenseurs, du biceps, du triceps, du long supinateur, etc.), il n'existait aucune trace de dégénérescence ancienne ou récente; les fibres avaient conservé leur calibre, les noyaux n'étaient pas multipliés; le tissu interstitiel n'était pas proliféré.

Les racines antérieures du renflement cervical examinées par le même procédé ne présentaient aucune altération. Elles se présentaient, du reste, à l'œil nu avec leur couleur nacrée et leur volume ordinaire. Il en était de même des nerfs collatéraux des doigts et des nerfs cutanés.

L'examen de la moelle a été fait après durcissement dans le liquide de Muller et coloration par le carmin en masse.

Les auteurs n'y ont découvert aucune lésion; les cornes antérieures ne sont pas atrophiées, les cellules ont leur volume, leur forme et leur nombre normal, les faisceaux antérieurs ou postérieurs sont sains. Les vaisseaux n'ont subi aucune altération. La pie-mère est très légèrement épaissie sur toute la circonférence de la moelle au niveau de la septième racine cervicale. Sur les coupes, les racines correspondantes ne présentent aucune anomalie : le cylindre est bien coloré.

Muscles. — Ils ont été colorés par la méthode de Marchi ou par l'hématoxyline et l'éosine. Dans le muscle fléchisseur superficiel des doigts un très grand nombre de fibres ont totalement disparu; c'est pourquoi le muscle n'est plus représenté que par un tissu cellulaire lâche dans lequel sont plongés des petits faisceaux de fibres extrêmement altérées.

Toutes les fibres qui restent sont malades et très atrophiées; leur calibre est extrêmement réduit et le plus grand nombre ont perdu leur striation transversale; elles ne sont pas davantage striées dans le sens de leur grand axe; elles se présentent généralement sous la forme de blocs homogènes, irréguliers, globuleux par endroits, très amincis sur d'autres. La fibre paraît s'être rétractée dans sa gaine de sarcolemme, car il existe un espace clair autour de la fibre intensément colorée en rouge.

Les noyaux du sarcolemme sont considérablement multipliés, ce sont des noyaux très longs intensivement colorés, quelques-uns sont même gigantesques. Là où ils sont le plus abondants la fibre musculaire prend une coloration violette, elle a un aspect granuleux ou vasculaire.

On rencontre çà et là une fibre atrophiée ayant encore conservé sa striation transversale, mais c'est exceptionnel.

Dans les muscles de l'éminence hypothénar l'aspect est très différent. La plupart des fibres qui restent sont normales et conservent leur striation ; mais par endroits on trouve des débris de fibres qui ont dégénéré et se sont atrophiées, et ailleurs des fibres dans lesquelles les noyaux ont proliféré aux dépens de la substance musculaire.

Dans le muscle long supinateur, nous avons — disent les auteurs — constaté un mélange des deux ordres de lésions ; par endroits le muscle présente le même aspect que le fléchisseur superficiel ; dans d'autres endroits, les fibres ont subi un processus d'atrophie simple et de dégénérescence pigmentaire sans accumulation de noyaux et sans perte de la striation transversale.

Ils ont, dans de nombreux muscles examinés par la méthode de Marchi, rarement trouvé une dégénérescence graisseuse accusée, de ci de là quelques rares boules graisseuses, et dans le grand palmaire quelques grains noirs et des petits amas pigmentaires dans l'intérieur des fibres.

L'étude si minutieuse et si complète de MM. Déjérine et Thomas suggère les réflexions suivantes :

Ainsi, voilà un cas d'atrophie où l'on ne constate aucune lésion nerveuse centrale ni périphérique et où l'atrophie du muscle ne devrait en conséquence être due qu'à une altération primordiale de la fibre musculaire elle-même. Et nous lui voyons prendre la forme clinique que jusqu'ici on a le moins attribuée à la myopathie.

D'autre part nous constatons la production de contractions fibrillaires que l'on considère comme toujours due à l'altération nerveuse centrale ou périphérique, qui, dans ce cas, n'existent pas.

Je rappellerai que MM. De Buck et De Moor font ressortir l'importance de l'activité des noyaux du sarcolemme sur la régression musculaire et son retour à l'état embryonnaire ; or, dans le cas de MM. Déjérine et Thomas, si nous voyons certaines fibres musculaires remplacées par des amas de noyaux, nous ne constatons pas l'exfoliation de la fibre musculaire par ce noyaux. D'ailleurs, certaines fibres musculaires ont disparu ou se sont rétractées sur elles-mêmes en laissant le sarcolemme vide, ou presque.

Malgré la production des contractions fibrillaires, on ne peut provoquer la réaction de dégénérescence. Ceci donne raison aux auteurs dont nous avons longuement analysé les travaux (M[lle] Ioteyko, MM. De Buck et De Moor). En effet, on ne constate pas ici de développement exagéré de sarcoplasme et de retour de la fibre à l'état embryonnaire, ce qui, pour M[lle] Ioteyko, permet la production de la réaction de dégénérescence.

Le téléneurone moteur étant intact, l'opinion de MM. De Buck et

De Moor est confirmée, puisque c'est à son altération qu'ils rapportent cette modalité des réactions musculaires aux courants électriques.

A côté des causes nerveuses et musculaires de l'atrophie musculaire progressive, on a invoqué l'altération des vaisseaux comme pouvant provoquer les altérations de la fibre musculaire. On a aussi rattaché la production de la myopathie progressive à des altérations vaso motrices (Luzzata [1]). Le trouble fonctionnel des centres vaso-moteurs échelonnés dans l'axe médullaire, voire même situés dans les couches corticales du cerveau, pourrait donner naissance à l'atrophie musculaire.

Etiologie

Si, le plus souvent, on ne trouve aucune cause immédiate ayant entraîné les troubles nerveux musculaires ou vaso-moteurs que l'on constate daus l'atrophie musculaire progressive, et si, dans bon nombre de cas, on a dû rapporter à une influence ancestrale les régressions musculaires qui la caractérisent, — opinion appuyée par la constatation de plusieurs cas identiques dans une même famille, — certains auteurs ont néanmoins cru baser l'étiologie de certains cas sur l'infection générale des sujets qu'ils ont observés ou sur le traumatisme que ceux-ci avaient antérieurement subi.

Cassirer (1) rapporte un cas observé chez un enfant de 11 ans, à la suite de scarlatine grave.

Babinski (2) a longuement et savamment décrit un cas de myopathie, qui peut être rattaché à la question qui nous occupe, et qui est survenu à la suite d'une fièvre typhoïde assez intense, dont la malade avait été atteinte cinq ans avant l'examen fait par le professeur parisien.

Touche (3) (de Brévannes) a vu, chez un malade âgé de 51 ans, survenir brusquement une impotence des membres inférieurs, puis des membres supérieurs, avec atrophie et pseudo-hypertrophie. Cet homme travaillait dans un atelier exposé aux vapeurs mercurielles.

A l'autopsie, on trouva des lésions musculaires consistant en vacuoles remplies de graisse au milieu des faisceaux musculaires; les nerfs ne présentaient que très peu de fibres altérées, quelques gaines étaient vides et privées de leur myéline. Les cellules des cornes antérieures étaient à peine touchées, quelques-unes étaient globuleuses,

(1) LUZZATA. Sur l'atrophie museulaire vaso-motrice. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenh*, t. XXIII, 1903, p. 482.

(1) CASSIRER. Observations dans le domaine de ia pathologie musculaire. (Résumé in *Revue neurologique*, 1899, p. 290.

(2) BABINSKY. Myopathie hypertrophique consécutive à la fièvre typhoïde. (Soc. de Neur. de Paris, 1er déc. 1904.)

(3) TOUCHE (DE BREVANNES). Sur un cas de myopathie consécutive à l'intoxication mercurielle. (*Bulletin de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 fév. 1902.)

le réseau vasculaire de ces cornes antérieures était considérablement développé.

Nombreux sont les auteurs qui ont cru pouvoir rattacher à un traumatisme l'atrophie musculaire observée chez leurs malades.

Guillain (1) a vu se développer une atrophie scapulo-humérale bilatérale après une contusion du bras droit. Atrophie musculaire sans troubles de la sensibilité, sans autres troubles trophiques, sans réaction de dégénérescence, mais avec une exagération notable des réflexes tendineux. Guillain, attribuant l'atrophie dans ce cas à un trouble dynamique des corps cellulaires nerveux, estime qu'elle est curable, à l'opposé de celles qui sont d'origine dystrophique ou myélopathique.

Gilbert Ballet et Henry Bernard (2) sont du même avis et rapportent des cas d'amyotrophie en masse du membre supérieur survenant après une plaie coupante de l'avant-bras, d'une petite plaie de l'éminence hypothénar, d'une piqûre de poisson à l'auriculaire, d'une plaie de la main par arme à feu, d'une arthrite au poignet.

Les auteurs repoussent l'hypothèse de névrite ascendante interstitielle et celle d'une dégénérescence du bout central du nerf moteur; il ne s'agit pas non plus de myélite infectieuse, ni de réaction à distance.

Force est donc d'admettre, au moins pour certains cas où le filet lésé contenait uniquement des fibres sensitives, que le retentissement de la lésion périphérique sur la moelle se fait par l'intermédiaire de la cellule d'origine du neurone sensitif, c'est-à-dire de la cellule ganglionnaire, qu'il y a propagation de cette réaction aux cellules des cornes antérieures.

Il y aurait un simple trouble de nutrition de ces cellules.

Chaddack (3) décrit le cas d'un homme âgé de 39 ans, qui, à la suite d'un corps étranger de l'œil, alors qu'il était âgé de 15 ans, s'aperçut qu'il ne pouvait complètement fermer les yeux. La faiblesse des bras commença à l'âge de 24 ans. Tous les muscles de l'épaule sont atrophiés, sauf le sous-épineux; les muscles des bras sont réduits à l'état de minces bandelettes. Les avant-bras sont seulement réduits de volume, mais les muscles en sont excessivement durs. Pas de tremblements fibrillaires.

Les muscles qui ne sont pas encore atrophiés sont durs et de la consistance du bois.

(1) Guillain. Amyotrophie durable du pays scapulo-huméral consécutive à un traumatisme unilatéral extra-articulaire. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1899, pp. 386-397.

(2) Gilbert Ballet et Henry Bernard. Des amyotrophies diffuses consécutives aux traumatismes légers de l'extrémité des membres. (*Arch. gén. de méd.*, 1900, p. 513. Cinq observations personnelles.

(3) Charles Gilbert Chaddack. Un cas d'atrophie musculaire Landouzy-Dejerine. (*The journal of nervous and mental disease*, vol. XXVIII, n° 3, mars 1901, p. 149.)

A la Société médicale des hôpitaux de Paris, G. Lion et G. Gasne (1) ont présenté deux myopathiques dont la maladie n'est point familiale. Dans l'un de ces cas, la myopathie était apparue à la suite d'un traumatisme grave.

Dans la même séance, Joffroy a déclaré posséder dans son service un myopathique atteint de troubles psychiques chez lequel on n'a relevé aucun antécédent familial ; la maladie est survenue peu après un traumatisme.

Rose (2), à propos de deux cas d'atrophie musculaire progressive d'origine traumatique, émet l'hypothèse que dans ces faits il s'agit de névroses, probablement d'atrophies musculaires hystériques ou plutôt fonctionnelles ; le traumatisme déterminerait une commotion spinale.

Paul Cibrie (3) a consacré sa thèse à l'étude des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes légers. Cet auteur déclare que le pronostic doit en être réservé et qu'elles doivent être traitées aussitôt reconnues.

Vous rappellerai-je les communications qui ont été ici même faites par nos collègues, MM. Verriest, Van Gehuchten, Glorieux, Crocq, etc. Au point de vue étiologique, celui rapporté par Crocq (1) peut être rapproché des derniers que je vous ai succinctement rapportés : il s'agissait d'une femme âgée de 45 ans, tailleuse, qui, sans aucuns antécédents héréditaires ou personnels, avait remarqué, vingt ans auparavant, après un travail exagéré et prolongé de couture, que la force de la main droite diminuait ; elle travailla pendant plusieurs années encore, mais dut enfin abandonner son ouvrage. Bientôt la main s'amincit, se raidit et se déforma.

On ne constatait pas de contraction fibrillaire ni de réaction de dégénérescence ; diminution des réactions galvaniques et faradiques d'autant plus accusée que les muscles sont plus atrophiés. Réflexes diminués à la main droite.

Devant ces faits, je crois pouvoir admettre que l'atrophie des muscles de la ceinture scapulaire que nous constatons chez ma cliente peut être attribuée aux efforts excessfs faits au cours des séances de gymnastique.

Quant à l'extension de l'atrophie aux muscles de la face, elle n'est pas plus extraordinaire que celle que nous avons rapportée plus haut, s'étendant de la face aux régions scapulaires après corps étran-

(1) CROCQ. Un cas d'amyotrophie en gant. (*Journal de Neurologie*, 1899, n° 9.)

(1) KRŒPELIN. *Psydriatrie*, vol. II, 1904, p. 769.

(1) G. LION et G. GASNE. Deux cas de myopathie primitive non héréditaire. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 16 janvier 1902, pp. 4 à 12.)

(2) ROSE. Forme particulière d'atrophie musculaire progressive d'origine traumatique. *Deutsche Archiv. für klinische Medecin*. Band 71, Heft 4.)

(3) PAUL CIBRIE. Des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes légers dans les accidents du travail. (Thèse de Paris, n° 321, 21 juin 1906.)

ger de l'œil, ou passant d'un bras à l'épaule et même à l'épaule hétérologue à la suite d'un léger traumatisme de la main ou de l'avant-bras.

Traitement

Les énumérations que j'ai faites et la description des lésions observées par nombre d'auteurs, que j'ai rapportées, paraîtront peut-être longues, mais j'ai cru que, dans cette question encore si peu élucidée, on ne peut apporter trop de matériaux scientifiques, et c'est par crainte d'être fastidieux que je n'en ai pas cité davantage.

Car c'est de la connaissance exacte de l'étiologie et de la pathogénie de ces troubles musculaires que nous pourrons nous servir pour trouver le traitement adéquat pour chacun des cas confiés à nos soins.

MM. De Buck et De Moor, en nous montrant le mode d'action des noyaux du sarcolemme dans la régression musculaire et faisant ressortir l'importance du stimulus fonctionnel sur le pouvoir de régénération musculaire que possèdent les noyaux, ont indiqué une voie thérapeutique à suivre pour permettre aux muscles de récupérer leur volume et leur pouvoir contractile. On a d'ailleurs, dans certains cas, obtenu de sérieux avantages par le massage, les mouvements actifs et passifs et l'électrisation des muscles.

S'inspirant des théories qui font dépendre l'atrophie musculaire d'une dystrophie idiopathique du muscle, certains auteurs ont employé, en plus de ces moyens, des injections de suc musculaire et en ont obtenu des succès.

D'autres ont vu, sous l'influence de contractions des muscles au moyen de bandes serrées autour des membres, ces mêmes muscles récupérer leur volume et leur pouvoir contractile. Ces résultats favorables pourraient faire accorder créance à la théorie vaso-motrice de l'atrophie musculaire progressive.

MM. P. Armand Delille et G. Albert Weil (1) ont obtenu la guérison d'une myopathie généralisée chez un enfant de 7 ans par l'emploi de bains hydro-électriques à courants triphasés.

Ne possédant pas l'installation nécessaire pour pouvoir employer ce moyen thérapeutique, j'ai appliqué à ma patiente des courants galvano-faradiques combinés, d'après la méthode de M. Ladame, de Genève. J'y ai ajouté des injections quotidiennes de 3 centigrammes de cacodylate de soude et d'un demi-milligramme de strychnine.

J'ai certainement, par ces moyens, obtenu une atténuation des symptômes dans des muscles non complètement atrophiés, et j'ai vu leur pouvoir contractile augmenter. C'est ainsi que le triceps bra-

---

(1) P. ARMAND-DELILLE et E. ALBERT WEIL. Syndrôme myopathique chez 7 ans (Soc. de Neur. de Paris, 1er février 1906.)

chial et le biceps brachial droits se contractent actuellement plus vite et mieux sous l'influence du courant galvano-faradique qu'au début du traitement.

J'ai cependant dû cesser momentanément les injections de cacodylate de soude et de strychnine par suite d'intolérance de la malade.

Discussion

M. LIBOTTE est partisan d'un traitement électrique bien conduit.

M. CROCQ se montre plus sceptique; il pense que les myopathies progressives évoluuent malgré tout; peut-être les rémissions ou améliorations momentanées ont-elles pu donner le change.

M. GLORIEUX pense que, dans les myopathies progressives infantiles, on ne peut espérer aucnn résultat appréciable de l'électrothérapie. Celle-ci peut au contraire être utile dans d'autres formes de myopathies.

M. SANO fait remarquer que le cas présenté ressemble aux atrophies mnsculaires professionnelles; la malade a sans doute fait une gymnastique irrationnelle.

M. BIENFAIT. — Je crois que les opinions de M. De Buck et de Mlle Ioteyko sont conciliables ; en effet, en pratique, on ne peut déssocier, comme dans une expérience de laboratoire, les altérations du nerf de celles du muscle.

J'explique l'absence complète de réaction électrique du rhomboïde de la malade par l'atrophie complète de ce muscle qui évidemment ne peut plus répondre à aucune excitation.

A propos de la fixation opératoire de l'omoplate, j'ai vu un cas suivi d'un excellent résultat : il avait été opéré par le professeur Von Winiwarter qui avait provoqué, par des sutures, l'adhérence du bord vertical de l'omoplate au thorax. Il s'agissait en l'occurence d'une paralysie complète et isolée du grand dentelé. Cette intervention n'est pas à conseiller chez la malade du Dr Debray, parce qu'ici tous les muscles sont atteints.

Au point de vue thérapeutique, le traitement électrique pourra donner d'excellents résultats à la condition d'être pratiqué *secundum artem* et pendant très longtemps.

M. DEBRAY. — En vous présentant ce cas, j'ai voulu faire ressortir l'étiologie probable des symptômes qu'il nous permet d'observer. Les efforts que cette jeune fille a faits ont pu — tout aussi bien qu'un traumatisme — déterminer cette hypotrophie musculaire.

J'ai pu observer une certaine amélioration par l'emploi des courants galvano-faradiques et les injections de cacodylate de soude additionné de strychnine.

C'est certainement à l'hypertrophie des fibres musculaires et non à leur multiplication que les muscles d'athlètes doivent d'être si volumineux.

Dans l'atrophie musculaire, de quelque cause qu'elle dérive, on retrouve toujours les gaines de sarcolemme contenant un ou plusieurs noyaux auxquels adhèrent quelques vestiges du sarcoplasme et ce dans les atrophies les plus caractérisées.

J'ai cru utile, à l'occasion de ma communication, de faire ressortir la contradiction qui existe entre les développements exagérés du sarcoplasme dans les fibres hypertrophiées et l'absence de réaction de dégénérescence. Cette réaction de dégénérescence, étant, pour Mlle Ioteyko, pathognomonique du retour à l'état embryonnaire de la cellule musculaire striée, et fonction de sarcoplasme.

BIBLIOGRAPHIE

—

Le criminel au point de vue anthropologique, psychologique et social, par EMILE LAURENT. (In 8° de 250 pages, Paris 1908, Vigot frères, éditeurs, Prix : fr. 3.50.)

Le livre d'Émile Laurent montre clairement que les criminels présentent un plus grand nombre d'anomalies ou de défauts physiques et moraux que les honnêtes gens. Mais on peut trouver chez ces derniers les mêmes particularités, ce qui prouve bien que ces signes ne sont pas à eux seuls une caractéristique suffisante de la criminalité. Sans doute, dans l'organisation psychique et physique du criminel, il y a des anomalies, mait celles ci proviennent de l'état social défectueux. S'il est anormal au point d'être malade, il faut déclarer irresponsable celui qui, après examen, nous montre des symptômes physiques et moraux attestant une maladie des centres nerveux, maladie qui, au moment de l'acte incriminé, l'a mis dans l'impossibilité d'agir autrement qu'il n'a fait.

Nous naissons avec des aptitudes, des instincts, des passions, mais non avec ce qu'on appelle le « *sens moral* ». Celui ci n'a pas de localisation cérébrale proprement dite. Cette faculté de discerner ce qui est le bien ou le mal dans une société, d'en apprécier la morale, est un effet et une conséquence de l'adaptation et de la vie dans ce milieu social. C'est ainsi que nous acquérons ce sentiment avec ses qualités et ses défauts, que nous prenons les vertus et les erreurs du moment, les préjugés même de notre époque.

Dans ce nouveau livre *Le Criminel*, après avoir défini le crime et les criminels, l'auteur étudie successivement la morphologie, la physiologie, la psychologie du criminel. Puis il montre les facteurs de la criminalité, ses rapports avec la dégénérescence, les différentes formes sous lesquelles elle se manifeste. Un dernier chapitre est consacré à la répression, aux variétés des châtiments et le problème de la peine de mort est abordé.

Émile Laurent est pour l'application de celle-ci : les vœux que quarante-cinq ou cinquante jurys de la Cour d'assises viennent d'émettre montrent bien que Laurent n'est pas seul de cet avis. Mais nous croyons qu'il se trompe lorsqu'il avance que la corde ou l'électrocution pourraient remplacer le couperet. C'est tout aussi répugnant et certainement c'est moins efficace. (Lacassagne.)

En résumé, voilà un livre intéressant que les juristes et les médecins devraient lire. Ils ne s'ennuieraient pas à en prendre connaissance et, malgré eux, ils se surprendraient à méditer les réflexions ou les théories de l'auteur, toujours documenté, parfois un peu paradoxal, mais sincère et cruel comme un dossier complet.

Le premier ouvrage d'Émile Laurent s'appliquant à un groupe limité de délinquants paraissait un peu spécial. Ce nouveau livre est une heureuse synthèse de ce qu'il faut savoir sur le crime et les criminels.

Dans une société affaiblie et intoxiquée par la tuberculose et l'alcool, les impulsifs et les criminels sont de plus en plus fréquents. Il est nécessaire que les signes qui caractérisent ces antisociaux soient connus de tous ceux qui concourent à l'administration de la Justice.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la démence précoce au point de vue clinique et biologiqne

par le Dr Serge SOUKHANOFF
Privat docent de l'Université de Moscou

L'étude de Krapelin sur la démence précoce est un grand événement dans la sphère psychiatrique; cette étude semble, indubitablement, plus féconde que l'abus précédant du terme *démence secondaire*. Dès que se furent manifestées les nouvelles idées sur la démence primitive, notre conception de démence secondaire se modifia à ce point qu'il ne resta rien ou presque rien de cette dernière. L'étude de la démence secondaire, dans le sens ancien, apparut, à la fin de son existence, comme coagulée, engourdie, immobile, et cette circonstance provoqua, pendant un certain temps, un moment d'arrêt dans la marche progressive de nos connaissances psychiatriques. Non seulement la seule observation clinique et la seule expérience clinique ont été nécessaires, mais il fallait un plus large essor de la pensée, il fallait des combinaisons plus hardies, pour se débarrasser des anciennes chaînes et envisager certaines formes d'affections mentales d'une autre manière, d'une manière plus originale, plus hardie, à savoir que, dans la grande majorité des cas, qui figuraient sous l'étiquette de démence secondaire, il s'agit d'un processus primitif, que toutes nos soi-disant issues non favorables des maladies mentales aiguës vers la démence stable, ne sont qu'une erreur.

Il existait auparavant, dans la psychiatrie, une idée très répandue, à savoir que les formes aiguës de la manie, de la mélancolie, de la confusion mentale, etc., se terminent souvent par la démence. D'après les notions actuelles, tous ces cas se rapportent à une seule forme, à un seul groupe de maladies mentales; il n'y a pas ici de passage proprement dit de psychoses aiguës dans la démence : déjà, dès le commencement, nous avons l'un ou l'autre phénomène qui nous font poser un mauvais diagnostic; le début aigu et même le cours aigu de l'affection cachent un autre processus, une lésion grave; cette lésion paraît seulement comme un ornement plus ou moins occasionnel, comme un supplément de la lésion fondamentale de longue durée et incurable, elle se caractérise par la désagrégation de la personnalité et sa destruction au point de vue clinique.

Ce processus primitif,c'est-à-dire la démence primitive,donne lieu

à un tableau capricieux et très variable, il provoque des particularités individuelles, comme, peut-être, n'en donne aucune autre maladie psychique. C'est justement cette circonstance, en liaison avec l'étude peu féconde de la démence secondaire, qui empêchait de considérer la démence précoce comme une forme autonome, une entité morbide.

La démence précoce se manifeste, en effet, sous l'aspect hébéphréno-catatonique, sous l'aspect de formes paranoïdes très variables, ou même par une symptomatologie complexe, où il n'y a ni syndrome hébéphrénique, ni syndrome catatonique, ni paranoïde, mais où il faut parler de formes simples de démence primitive, sans aucun ornement particulier sur le fond de la désagrégation de la personnalité psychique.

Il m'est arrivé de rencontrer des cas particuliers de démence primitive indubitable, où, comme symptôme capital, comme symptôme le plus marqué, sautaient aux yeux les hallucinations auditives, très abondantes, très stables et variables même; le contenu des hallucinations avait un caractère tout autre et différait des hallucinations qu'on observe dans les formes paranoïdes. Dans les cas que j'ai en vue actuellement il m'est arrivé de constater l'absence d'une liaison intime entre les hallucinations et les idées délirantes; si ces dernières se manifestaient chez le malade, les hallucinations ne les créaient pas, et on pouvait parler ici d'*hallucinose chronique dans la démence précoce;* il peut y avoir, il est vrai, aussi certains phénomènes catatoniques, comme la stéréotypie, le négativisme, etc., sont faiblement exprimés. Cette forme de démence précoce a été rencontrée par moi chez des personnes d'âge moyen, et je ne sais pourquoi, justement chez des soldats ramenés de la guerre de l'Extrême-Orient, et qui ont été observés par moi dans la Maison de santé pour les soldats aliénés à Moscou.

La démence précoce apparaît comme l'une des plus fréquentes maladies mentales; les personnes souffrant de cette psychose font l'élément fondamental des asiles psychiatriques. Dans la grande majorité des cas, la démence précoce se manifeste sous l'une ou l'autre forme, le plus souvent à l'âge juvénile, plus rarement à l'âge moyen, et encore plus rarement à un âge plus avancé. Les formes hébéphréniques sont propres à l'âge juvénile, les formes catatoniques se rencontrent chez des personnes de tout âge, les formes paranoïdes le plus souvent se manifestent dans l'âge moyen et à l'âge plus avancé. L'âge du malade donne une coloration particulière à la maladie fondamentale, comme dans bien d'autres maladies; il fournit des traits particuliers à la maladie, sans modifier le fond du processus pathologique. La démence précoce peut débuter alors que le cerveau se trouve encore dans la période de son évolution, lorsque le cerveau n'a pas atteint sa formation complète; elle peut se

manifester chez des personnes dont le cerveau doit être considéré comme complètement développé.

Ce serait une grande erreur que de croire que la démence précoce est une affection qui n'atteint que les adolescents et qui n'est pas propre aux individus d'âge moyen et d'âge plus avancé. La démence précoce sert de manifestation à supérieurs de l'écorce cérébrale; et il n'y a rien d'étonnant que cela puisse avoir lieu là où le cerveau a déjà atteint son parfait développement, son complet épanouissement. Ici apparaît l'analogie avec les lésions des autres organes. Nous connaissons bien des cas où le cœur s'use prématurément et se refuse de remplir ses fonctions, tandis que les autres organes sont bien conservés. Nous connaissons la lésion primitive des reins, qui s'usent aussi prématurément. Admettre que la démence précoce n'est seulement qu'une maladie d'âge juvénile et qu'elle ne peut apparaître à l'âge mûr ou à l'âge plus avancé, serait tout aussi erroné que d'affirmer que la paralysie générale est une affection seulement propre à l'âge moyen et qu'elle n'est pas possible dans l'âge juvénile. L'observation démontre que, comme dans la démence précoce, dans la paralysie générale, l'affection psychique se manifeste seulement le plus souvent à un âge défini : la démence précoce à l'âge juvénile, la paralysie générale à l'âge moyen.

Au point de vue de la biologie pathologique, il faut comprendre et envisager la démence précoce d'une manière plus vaste, plus générale; les médecins observent seulement les cas de démence précoce, où les symptômes morbides sont plus ou moins marqués et définis; mais il existe encore toute une série de cas dans lesquels les symptômes sont peu marqués.

Chacun de nous peut s'assurer de l'existence des cas que j'ai en vue : la simple observation montre, en effet, que chez bien des individus se produit parfois, à l'âge juvénile et à l'âge moyen, une modification de l'état psychique, modification incompréhensible ordinairement pour l'entourage. Bien des jeunes gens, dans leurs années d'apprentissage, paraissent doués de capacités; ils sont vifs et intelligents et ont l'air de promettre beaucoup pour l'avenir; mais lorsqu'ils approchent de l'âge moyen, on observe chez eux comme un abaissement de l'intellect; leurs intérêts deviennent menus, le champ de leurs capacités mentales se rétrécit, ils font l'impression de gens bornés, ils sont ennuyeux, ne s'intéressent plus à rien et ne se laissent plus émouvoir comme auparavant. On admet alors que la faute en est au milieu, aux circonstances qui les ont rendus tels; mais je me demande s'il ne s'agit pas plutôt ici d'un processus, analogue à celui de la démence précoce. La nature ne fait pas de bonds; elle crée toute une série de degrés transitoires entre ce que l'on appelle l'état normal et la maladie.

Ainsi, par exemple, la psychose circulaire se montre sous une forme très marquée et très impétueuse; mais cette même psychose peut donner des tableaux moins aigus; cette même psychose se manifeste souvent sous forme de cyclothymie, c'est-à-dire par oscillations peu marquées de l'état émotif. Nous observons la même chose aussi dans la démence précoce; cette dernière tantôt est accompagnée d'une désagrégation profonde de la personnalité, atteignant un degré intense de démence et une stupidité mentale acquise; tantôt, au contraire, certains fragments persistent, certaines parties de l'esprit et de l'activité psychique supérieure restent indemnes et la démence précoce se caractérise faiblement. A ce groupe se rapportent les formes qui figurent sous le terme de « frustes ». Ces cas peuvent même ne pas être soumis au médecin, car, ordinairement, l'entourage ne remarque rien d'anormal, ni de morbide chez le sujet.

Nous plaçant à ce point de vue que la démence précoce sert d'expression à la désagrégation prématurée et à la destruction des éléments nerveux supérieurs de l'écorce cérébrale, nous devons reconnaître ce processus comme néfaste pour une certaine catégorie d'individus, elle est inévitable et incurable.

La démence précoce n'est pas une affection occasionnelle; elle a son origine dans l'individu lui-même. Si les observations ultérieures confirment que, dans les régions de l'écorce cérébrale, qui ont un rapport intime et immédiat avec la vie psychique supérieure et l'intelligence, existaient, antérieurement à la démence précoce, des anomalies de structure, des anomalies non acquises, mais congénitales, ce fait nous forcera à reconnaître que nous avons affaire ici à une dégénérescence particulière s'accompagnant de phénomènes particuliers de dégénérescence. Ces derniers consistent ici quelquefois non dans le fait que les dents ou les oreilles ont une forme irrégulière, mais bien en ce qu'il y avait une disposition irrégulière, congénitale, des éléments nerveux dans l'écorce cérébrale, une quantité insuffisante congénitale de grandes cellules pyramidales, etc.; tout cela témoignerait qu'on peut parler dans ces cas d'une dégénérescence particulière; mais ces phénomènes sont actuellement encore inaccessibles pour nous.

En concluant que la démence précoce est un processus néfaste, je n'affirme nullement pour cela que les causes externes ne jouent aucun rôle dans son éclosion; elles peuvent avoir une signification, elles peuvent aider à l'apparition plus précoce de la maladie mentale, latente jusque-là; mais les seules causes externes ne suffisent pas pour le développement de la démence précoce. Pour cela, une prédisposition congénitale est nécessaire, une anomalie congénitale de la structure des éléments nerveux supérieurs de l'écorce cérébrale est indispensable : c'est la cause principale de la maladie; c'est un élément indispensable dans l'éclosion de ce triste processus que nous nommons « démence précoce ».

Sous l'influence de certaines causes externes, le tableau de la démence précoce peut, parfois, se manifester non seulement plus tôt que sans ces causes, mais elle peut encore s'exprimer d'une manière plus accusée, plus marquée en une forme plus grave ; ce fait est démontré par l'observation comparée de soldats aliénés ramenés de l'Etrême-Orient et sur certains cas du trouble psychique produit par les terribles événements de la période révolutionnaire en Russie. Pendant l'insurrection armée de Moscou le syndrome catatonique, en forme très impétueuse, se développa chez certains individus dans un laps de temps très court. On ne peut donc pas nier l'influence des causes externes sur l'évolution de la démence précoce; mais ces causes apparaissent seulement, comme des agents, favorisant l'apparition plus rapide de cette affection mentale, jusque-là latente.

Obsessions et Phobies

par le Dr BOULENGER

—

La malade v. L. P..., âgée de 25 ans environ, présente une hérédité assez chargée, du côté paternel surtout. Son père, ouvrier cordonnier, est mort à 34 ans des suites d'excès de boisson et de tuberculose pulmonaire. Sa mère, âgée de 55 ans, est bien portante et n'a jamais rien présenté d'anormal.

La malade a eu trois frères et sœur; elle est la première née; son accouchement a été facile, n'a jamais été malade, marchait à 14 mois et parlait à 18 mois. De ses frères et sœur, aucun n'a survécu. Le premier né après elle est mort en naissant, l'accouchement ayant été très pénible Le second est mort hydrocéphale, et la dernière, née avant terme, est morte en naissant.

L'intoxication alcoolique, probablement au début, ou encore peu profonde lors de la conception de notre malade, a augmenté dans de telles proportions ensuite que plus aucun enfant n'a pu naître vivant.

Notre malade est donc, malgré l'aspect que vous lui voyez, une dégénérée, une prédisposée du côté du système nerveux, de par son hérédité paternelle, alcoolique.

Cependant, son évolution psychique s'est faite normalement; à 4 ans elle allait à l'école et elle en sortait à 14 ans. Ce fut une bonne élève, elle apprenait facilement. Elle eut à 5 ans une ophtalmie qui lui a laissé une taie centrale de la cornée à gauche. Elle travailla pendant quelques années chez elle. Puis entra comme servante à 17 ans. Dans le service où elle fut, on mangeait trop dit-elle, et elle grossit fortement mais gagna une gastrite. Elle quitta son service à 19 ans.

Elle se maria deux ans après. Sans amour pour son mari, elle l'épousa parce que sa mère lui dit qu'elle devait se marier.

A *22* ans elle eut une petite fille, qui est bien portante, mais un peu

nerveuse. Elle n'a pas eu d'autre enfant. Son mari, employé au tram, est un homme nerveux. Elle fut très contrariée au début de sa vie en ménage, parce que son mari ne voulait plus travailler, cela dura un an, et puis il se remit au travail. Actuellement il travaille bien; aussi notre malade vit-elle en bon accord avec lui.

Les règles ne s'établirent qu'à dix-sept ans; elles furent normales, et en général se produisent trois jours avant la date. Depuis quelques temps cependant elles sont plus irrégulières et plus abondantes.

Les antécédents pathologiques sont : une ophtalmie qui a laissé une taie centrale sur l'œil gauche, de l'érysipèle de la face et un peu d'anémie et de faiblesse vers 17 et 18 ans.

Depuis sa première communion la malade signale qu'elle avait la sensation de tomber lorsqu'elle allait traverser une place et cette agoraphobie a augmenté un peu avant sa maladie. Dès que quelqu'un lui offrait le bras, la sensation disparaissait et la malade traversait la place.

Vers la fin octobre 1906, la malade a été très effrayée la nuit. Un enfant d'un des colocataires étant mort, on l'a réveillée et elle a été voir le petit mort. Elle a, du reste, assisté à l'enterrement sans pleurer, a trouvé toute cette scène drôle et a voulu se forcer à pleurer sans y parvenir. Elle a pensé qu'un jour aussi elle irait, comme l'enfant, au cimetière. Toutefois elle n'a éprouvé aucune angoisse, ni symptôme morbide.

Quant aux rapports sexuels, ils se font comme normalement, sauf que la malade a moins de désirs qu'avant, qu'elle évite même ces rapports, qu'elle n'éprouve plus de plaisir à ce sujet. Elle les a par pur devoir conjugal.

L'affection elle-même semble avoir débuté assez brusquement le 27 novembre vers 17 h. 1/2. Elle a pensé qu'elle pourrait bien mourir, mais il semble que l'angoisse ait bien nettement précédé les idées. Elle prenait son café, a senti, dit-elle, qu'elle allait mourir de suite, a eu une tendance à faiblir et a pâli très fort. Elle s'est alors levée, et les sensations ont disparu. Comme elle était chez une amie, elle est sortie pour retourner. Et en retournant, elle a eu deux fois la sensation qu'elle mourrait. Dès la première crise, elle a cru à une agonie immédiate, elle ne sentait plus battre son cœur. Chez elle, elle a été à la cour et a eu des frissons de froid. Elle est rentrée alors, a été se coucher et a bien dormi, sans cauchemar. Le lendemain matin, elle a été à son travail, elle était triste sans motif. N'aimait pas de se regarder dans les glaces; elle avait peur de se voir, de se reconnaître. Elle disait déjà : cest moi celà ?

Le 29 novembre, comme elle prenait le café, on lui a reparlé de sa crise de l'avant-veille. Comme c'était d'elle qu'on parlait, elle a presque faibli et a eu une nouvelle angoisse. Elle a alors cherché des distractions dans la lecture des feuilletons, mais l'angoisse a augmenté en ce faisant. Elle croyait sans cesse qu'elle allait mourir, et l'idée de la mort lui faisait peur. Elle avait beau se dire : mais avant je savais que je mourrais un jour et cela ne faisait rien, pourquoi cela a-t-il changé ? Elle avait peur de rester seule, était triste de vivre. Dans la soirée de vendredi, elle eut une nouvelle crise. S'étant couchée, tout s'est passé. Le samedi matin, elle était pleine de courage, l'après-midi nouvelle tristesse, idées de mourir.

De nouveau, nuit bonne. Le dimanche matin elle fut très agitée, inquiète et se mit finalement pendant deux heures dans son fauteuil. Elle avait un sentiment d'étrangeté de tout. Elle trouvait drôle d'être elle-même, ou bien étrange que sa petite fille soit sa petite fille; sa mère, sa mère, etc. Elle sortit ensuite, rencontra en rue sa belle-sœur, lui causa et se sentit bien. Mais entrée chez celle-ci, elle sentit qu'elle perdait la sensation de sa personnalité. Alors elle s'est posée une série de questions bizarres. « Qu'est ce que moi ? » Comme on jouait aux cartes près d'elle cela l'a distraite un instant. Puis elle a bu des liqueurs, et cela l'a plutôt rendue plus malade.

La nuit du dimanche au lundi fut bonne. Elle se décida à aller trouver un médecin, celui-ci lui donna des gouttes à prendre. Elle se dit en route : mais cependant, je devais être heureuse de vivre, j'ai ma petite fille. Mais vers onze heures un grande tristesse la reprit et chaque fois qu'elle se reposait, elle sentait ses idées augmenter. Enfin un jour, en mangeant, elle se dit : «Tiens ! c'est moi qui mange !» et elle en fut si frappée qu'elle cessa de manger, et chaque doute, chaque idée était toujours accompagnée d'angoisses ou de frayeurs. Elle avait beau se dire : les autres vivent bien, pourquoi ne saurais-je pas vivre comme eux? Les angoisses persistaient. D'autres fois elle se disait que les autres ne pensaient pas comme elle et que c'étaient ses idées qui la feraient mourir. Elle alla consulter notre confrère Decroly qui la rassura et lui dit qu'elle se guérirait. D'autres confrères lui conseillèrent d'être moins nerveuse, de ne plus penser ainsi, que tout cela n'était que des idées. Cela l'a désespérée plutôt. Quand elle sortait et allait en ville, elle avait peur de gagner ses crises en rue et elle voulait rentrer chez elle. Elle sentait souvent des douleurs au niveau du cœur; un jour même, elle eut de violents battements de cœur et alors elle se tenait tranquille, de peur de sentir les battements. Elle appelait sans cesse le médecin qui ne lui donnait aucun médicament. Pendant la première huitaine de la maladie tout se passa ainsi. Une nuit elle rêva que son mari assassinait quelqu'un avec un autre individu; mais elle ne voyait pas de sang dans son cauchemar. Toute la journée du lendemain elle fut très angoissée et elle ressentait une gêne dans la gorge.

Elle a été voir ensuite M. Heyninx, qui l'a opérée dans le nez, dit-elle. Il semble que notre confrère lui ait fait la trépanation nasale, du sinus frontal. La malade avait et a encore en effet un peu de sensation de lourdeur dans l'orbite droit. L'opération, faite le 2 janvier 1907, ne procura aucun soulagement à la malade. A son réveil, après l'opération, elle a été très triste, très découragée, elle aurait, dit-elle, préféré mourir pendant le chloroforme. Son état s'est aggravé après la dite opération. Elle s'est mise à douter de tout, à s'interroger sur tout. Qu'est-ce que le monde ? Qu'est-ce qu'un estomac ? Qu'est-ce que rouge, vert, etc. ? Ce sont des mots... Donc cela n'existe pas. — Puis elle se disait : mais non, ce sont des choses puisque je les vois, je les sens. Puis elle eut des frayeurs fréquentes accompagnées de l'idée que c'est elle, c'est moi qui suis ainsi, etc. — Ainsi, dit-elle, lorsqu'elle prenait un œuf, elle se disait :

« Qu'est-ce qu'un œuf. » puis elle réfléchissait et disait « je le goutte » puis qu'est-ce que le goût ? « C'est un mot ». « On m'a donc appris tout cela », puis elle se raisonnait et disait : « Mais non, tout ceci n'est pas qu'idées, il existe des choses. »

Le 27 février, lorsqu'elle vient me retrouver, l'état n'était guère amélioré. Les idées et les angoisses persistaient. Rien que l'idée d'entendre, de parler, etc., la fait frémir, lui cause une angoisse. L'examen de la sensibilité ne révèle aucune zône d'anesthésie ou d'hyperesthésie. — Elle eut, la veille de cette consultation, une brusque idée qu'elle aurait bien pu étrangler sa petite fille. Toutefois, elle chassa assez vite cette obsession.

Le 2 mars, son état s'est sensiblement amélioré. Les angoissss diminuent. Elle qui avait peur, qui tombait presque faible à l'idée de se voir dans la glace, était déjà capable de s'y regarder. Elle qui n'osait plus s'asseoir pour manger, se mettait déjà convenablement à table et mangeait avec calme. Elle ne pense plus en mangeant que c'est elle qui mange. Elle travaille du reste, sur mon conseil. Elle fait son ménage. Elle a eu un peu de gastralgie, pendant un jour ou deux. Le sommeil est devenu excellent grâce aux enveloppements humides. Toutefois le bruit lui fait encore peur; mais elle se sent mieux présente, voit plus la réalité et n'est plus dans un monde étrange; toutefois son moi lui fait encore peur. Les couleurs de la malade sont meilleures, elle est plus rose, moins pâle, et sa mère dit qu'elle travaille et s'occupe comme avant et qu'elle n'ennuie plus son entourage avec ses idées. Le matin, du reste, la malade pense à son ménage.

Le 5 mars, le sommeil est devenu excellent, elle ne rêve plus du tout. Toutefois elle s'est réveillée à un moment donné, très angoissée et ayant des battements du cœur. Mais cela s'est vite passé. Le drap mouillé calme du reste très bien toutes ses frayeurs. L'appétit est devenu excellent. Dans la matinée en général elle se trouve du reste toujours bien, elle a beaucoup de courage. Ce n'est que dans l'après-midi que ses idées la reprennent. Elle a peur de sa voix, du bruit. Cependant le mouvement et le bruit la calment. La crise a duré la veille (4 mars) de 2 1/2 à 10 heures du soir.

Elle éprouve encore par moments un *tœdium vitæ,* des plus intenses. La vie est inutile pour elle, pour tout le monde, pour sa mère, sa fille. cela ne ferait donc rien que sa mère, sa fille ou elle-même meurent. Elle pourrait se tuer, ou mourir. Cependant l'état s'améliore continuellement, elle travaille avec ardeur. Les idées sont moins tracassantes, les angoisses diminuent. Elle ose s'habiller, faire sa toilette devant sa glace. Les idées impulsives de tuer sa fillette lui reviennent encore, mais elle y résiste avec succès; elle a peur des couteaux, par suite, demande qu'on les cache, ou les cache elle-même. Cependant, elle sent bien, dit-elle, qu'elle ne tuerait personne. C'est l'idée de tuer qui la tracasse plus que l'acte. Elle sent encore souvent quelque chose dans la poitrine qui lui produit une angoisse très vive.

La sensation de la vie lui semble être redevenue comme avant sa maladie, mais l'idée de la vie est encore irréelle.

Entretemps la malade a souffert d'abcès des gencives et la douleur lui donnait la sensation d'être mieux elle-même. Et ainsi petit à petit les angoisses s'effacent, les idées sont moins tracassantes; la malade est très calme; les questions sont moins fréquentes. Le travail la soulage beaucoup, quoique certains jours elle éprouve encore des angoisses, des peurs de mourir; elle pense aussi parfois qu'elle pourrait bien devenir folle. Mais elle ose sortir en rue, faire des commissions, etc.

Dans la suite elle a eut encore une rechute le 15 avril. Mais elle se faisait moins de questions sur la réalité des choses. Quand elle embrassait son enfant, il lui semblait qu'elle voyait dans l'intérieur de son corps, de sa tête et alors elle avait peur. Elle a aussi éte angoissée parce qu'elle pensait que c'est avec ses yeux qu'elle voit.

Les couteaux lui font encore peur parfois. Elle a de nouveau des peurs, elle a crainte de commettre un acte répréhensible; elle a dû demander de cacher le couteau parce qu'elle avait l'idée de tuer sa fillette; puis elle s'est dit que c'était elle qui serait morte avant de tuer son enfant; elle a eu l'idée de se tuer. Mais elle sent bien cependant qu'elle a trop peur de mourir que pour se tuer. Cependant la crise s'est passée en trois jours de temps et le 19 avril elle travaillait comme d'habitude. La musique des cafés-concerts l'attriste, la rend morose. Le 26 avril elle a de nouveau des rêves où elle se trouve dans des situations bizarres. Elle travaille beaucoup et pense maintenant en dialogue en s'endormant. Elle se voit causant avec un locataire, et elle fait les questions et réponses. Ce qu'il y a d'étrange, dit-elle, c'est que lors de ses rêves elle est bien elle-même, alors que pendant le jour, ce n'est pas encore elle. Un vieillard étant venu au café que sa mère tient, elle veut le servir, mais comme ce vieillard avait une grande barbe blanche elle pensa tout à coup : « c'est comme le bon Dieu ». Cette idée, immédiatement, l'angoisse à tel point qu'elle doit appeler sa mère pour servir à sa place.

Elle a souvent des dialogues avant de s'endormir. Elle pense encore de temps à autre à elle-même. Elle doit demander à sa mère de venir l'habiller car elle en est incapable seule. Les couteaux ne lui suscitent plus l'idée de tuer, mais il persiste une certaine crainte à leur sujet. Il lui semble, dit-elle, que sa mère, lui parlant, est parfois comme éloignée d'elle. Les effets qui la touchent : habits, couvertures, etc., ne lui semblent plus les mêmes qu'avant. Lorsqu'elle se lève le matin, elle pense : « Encore un jour à souffrir. »

Le 4 mai, elle me dit que quand les idées de mourir lui surviennent, elle a une sensation de mouvement au niveau du sternum, cela remue là, et elle a une sensation de faiblesse à ce moment. Ensuite elle doit se lever, se remuer.

Les jours suivants, l'état s'améliore, elle a confiance en elle-même. Cependant les idées la tracassent encore; son enfant n'est rien, elle non plus. Mais elle se dit de plus en plus, « je suis comme tout le monde et doit vivre comme tout le monde ». Elle a parfois aussi la sensation nette d'être isolée, toute seule dans le monde; elle pleure parfois ensuite.

Elle me dit qu'étant petite elle avait peur des sorcières, qu'elle était de plus très superstitieuse, et que cette peur ressemblait un peu à celle qu'elle

a actuellement ; elle me dit aussi qu'au début de sa maladie elle avait si peu de courage qu'elle est restée presque deux mois au lit.

Le 7 juin, elle m'avoue qu'elle a encore parfois des impulsions à frapper, à blesser d'autres personnes ou elle-même. Mais elle s'encourerait plutôt que d'agir ainsi.

Le 11 juin, elle fit un pélerinage à Hal ;la fatigue l'a déprimée et ses idées n'ont pas changé. Elle me dit, le 15 juin, que dès le début de la maladie, le monde, elle-même et toutes les personnes ont pris un aspect étrange, de non réel.

Actuellement elle n'a plus peur de mourir, n'a plus l'attention attirée sur les couteaux, mais a encore des dialogues avant de s'endormir.

Le poids a oscillé entre 57 k. 6 et 59 k. 6. Actuellement, elle est à 59 k. 6. Le pouls varie de 68 à 90 ; a une tendance plutôt à se maintenir aux environs de 75 à 80.

Selon Krapelin (1) la folie de l'obsession débute bien, comme le cas présent, par des anxiétés, par le doute sur la réalité des choses environnantes, des terreurs et des phobies. Cependant, il faut remarquer que notre malade n'a pas acquis de manies, malgré ses phobies. Elle n'a pas, par exemple, redouté de prononcer tel ou tel nom, mais elle a eu une peur maladive de toucher à un objet, les couteaux. Cependant, c'est plutôt l'angoisse et le doute sur l'existence des choses, d'elle-même, qui a dominé chez elle.

De plus, l'état d'anxiété, avec battements de cœur, avec tendances syncopales au début a toujours précédé les idées de mort, de doute, de pourquoi. Il semble vraiment que les idées soient secondaires à l'angoisse.

Voyez, du reste, comme les idées varient, ce sont ses yeux, c'est entendre, c'est son corps, ce sont ses vêtements, c'est sa fillette, sa mère, la glace, la mort, les couteaux, un client, l'idée de Dieu, etc., qui lui font peur tour à tour.

La phobie est générale, variable, peu fixée... Pourquoi cela ? Parce que ce n'est, en réalité, pas l'idée qui est cause de la phobie, mais l'état phobique qui est cause de l'idée ou des idées. Et suivant les moments, les circonstances, si l'angoisse survient, c'est l'auto-phobie, la tanatophobie, etc., qui survient. Actuellement, certainement la peur est moins prononcée, l'angoisse véritable semble avoir disparu. Il n'y a plus de battements de cœur, mais les idées seules restent et ennuient la malade... Et chaque fois qu'elle vient me voir, c'est la même plainte : les idées n'ont pas encore disparu. Mais elle a plus de courage, elle les combat mieux et l'état de réalité du monde revient de plus en plus. Il faut aussi que nous insistions sur cette sensation de bizarre, de non réalité du monde.

Brusquement, elle s'est installée ici. Et ce n'est que progressive-

(1) KRÆPELIN. *Psydriatrie*, vol. II, 1904, p. 769.

ment qu'elle s'en va. Notons aussi que la malade nous dit que dans ses rêves elle est bien elle-même. Ce phénomène n'est-il pas en relation avec les idées de Pick, de Prague, que notre confrère De Buck a exposées ici, il y a environ deux ans ? Vous vous rappellerez qu'il divisait, en somme, notre cerveau en deux couches : la couche grise comprenant une couche de cellules grandes pyramidales, une autre de cellules rondes ou fusiformes, et une première couche, la plus externe, de cellules petites pyramidales.

Les deux premières couches, petites et grandes pyramidales, seraient réservées à l'allo-psyche et l'inférieure ou fusiforme à la somato-psyche. Il semble bien qu'ici, dans ce cas, la somato-psyche ne soit plus dans des relations ordinaires avec l'allo-psyche. Le contrôle du moi dans les sensations externes a disparu.

Vous me direz que c'est là une hypothèse. Cependant, la malade, tant qu'elle ne pense pas, qu'elle agit automatiquement, qu'elle fait son ménage sans réflexion... n'a aucun trouble; quand elle dort et que, en somme, l'allo-psyche n'est plus excitée à contrôler la somato-psyche, elle se sent être elle-même. C'est-à-dire que, lorsque les sensations externes ne doivent plus tâcher de se relier à ses sensations somatiques, que donc elle ne perçoit plus la difficulté de ces deux relations sensorielles dans son cerveau, elle a la sensation d'être elle-même. Par contre, lorsqu'elle ne contrôle pas ses actes, elle ne fait guère fonctionner son cerveau, elle ne perçoit pas non plus l'irréalité du moi. Mais lorsqu'elle veut se servir normalement de ses sensations externes et internes pour ses relations sociales, pour sentir aussi la réalité de son moi, l'impossibilité de relier ces deux ordres de sensation apparaît et elle a peur alors de cette espèce d'anesthésie spéciale.

Car s'il existe bien, dans ce cas, un sentiment de vive angoisse, et cela à propos de tout ou sans raison, chez notre malade, normale par son intelligence, ses connaissances, sa mémoire, il reste encore à expliquer la sensation de non réel, d'étrange, qu'elle éprouve. La malade avait tellement peur de ses angoisses qu'elle est restée deux mois au lit pour les éviter. Et ce n'est qu'en la rassurant à ce sujet, en la persuadant qu'il fallait travailler qu'elle est arrivée à s'améliorer. Elle ne voulait plus sortir, afin d'éviter l'angoisse. Et cependant, elle a reconnu que sa sortie n'y changeait rien, et même elle a reconnu que dès qu'elle était occupée à son travail, elle n'avait plus ses idées.

Mais en même temps que les phobies, elle a des obsessions, celle de tuer sa fillette, de se tuer elle-même ; elle se demande aussi pourquoi est-ce que je vis, pourquoi cela est-il une chaise, un nom : un nom ce n'est rien et cela l'obsède. Jusqu'ici, et de plus en plus, *du reste*, ses impulsions sont restées psychiques.

Elle n'y a pas cédé et, actuellement, les impulsions ont presque disparu.

C'était bien, comme le dit Janet (p. 16), l'idée plus que l'acte qui la tourmentait. « Je pourrais me tuer ou tuer ma fillette avec ce couteau », mais si elle voit du sang, si elle voit aussi le corps coupé en morceaux, l'idée que cela fait mal de se tuer, la retient. Elle a, du reste, dominé et chassé cette idée non pas en fuyant les couteaux, mais en les lavant, les nettoyant, en les mettant de côté elle-même, sur mon conseil, et l'obsession venue de l'idée de mort a disparu.

Si l'on examine encore bien la description de l'état mental de L. P..., on y retrouve la manie de l'interrogation, avec celle des explications. Au lieu de lui dire que ces interrogations et les explications qu'elle se donne à elle-même sont anormales, je lui ait fait sentir, au contraire, que c'est normal de se demander pourquoi ceci est-il ainsi, et que chaise, table, sont, il est vrai, des noms aussi bien que des choses.

Et voilà encore une fois surpris ce manque de rapport somato-psychique et allo-psychique. Le mot chaise, en effet, ne semble plus réveiller chez elle, comme chez nous, les sensations totales de la chaise, mais seulement un mot moteur sans autre relation... C'est un mot, ce n'est pas une chose, et elle doit se raisonner pour apercevoir que le mot et la chose sont en relation intime, étroite. Et c'est ainsi que se passent aussi ses ruminations mentales à se poser des questions, à y répondre. Mais ce qu'il y a d'étrange, c'est qu'au moment où elle s'endort, ses ruminations prennent de plus en plus la forme de dialogue. Elle discute alors avec des personnages imaginaires, se parle et se répond.

S'il y a des phobies en ce cas, ce sont un peu d'agoraphobie, actuellement disparue, et la peur des couteaux et de la mort. Mais ce sont les idées qui lui font surtout peur. Comme le dit Janet, ces phobies ne sont pas des phénomènes distincts. Il semble bien nettement que tous ces phénomènes soient reliés par l'état d'angoisse, dû lui-même probablement à la sensation de manque de relation entre le monde extérieur et le monde intérieur.

L'état est parfois vague, imprécis, général; d'autres fois, il porte sur un fait, une chose immédiate. L'être se sent comme incomplet, le moi, autrui, tout est étrange. Cependant, chez notre malade il n'existe ni analgésies, ni hyperalgésies; l'hystérie peut être éliminée, à coup sûr.

Quant à l'indolence, à l'inertie, etc., la malade les a vaincues elle-même et très vite.

J'ajouterai encore que ce cas, à part les particularités individuelles, ressemble beaucoup au cas décrit par Kraepelin dans son livre *Introductoin à la Psychiatrie clinique,* p. 338. On découvre, en effet, aussi

cette angoisse, de l'angoisse, cette phobie polymorphe et à tendance expansive, qui n'a pu s'arrêter que par la suggestion lente, patiente et répétée, en somme par la rééducation de la volonté, si je puis me permettre d'employer un mot vague, pour signifier une chose aussi précise que la direction de la personnalité.

Ce que notre sujet fait bien remarquer, c'est qu'il sait fort bien que ses craintes son irréelles, que sa phobie d'idées absurdes (crimes ou suicides) n'a pas de raison, vu qu'elle se sent incapable de tuer ou de se suicider. Ce qui confirme aussi les observations de Kraepelin, c'est que notre sujet a toujours été un peu phobique depuis l'âge de 12 ans, et c'est que, malgré une amélioration considérable depuis que je l'ai présentée à la Société (juin 1907), actuellement, en décembre 1907, les symptômes se reproduisent encore à certains jours.

J'ai pu, grâce à la grande confiance qu'a eue la malade, l'amener à vivre actuellement d'une vie normale; malgré des tracas et des ennuis graves, subis récemment, elle n'a eu qu'une crise légère d'angoisse, très vite passée. Je considère aussi que le travail a été un des grands facteurs de la guérison de notre malade. Enfin, je ferai remarquer combien la suggestion brusque et brutale que l'opération pouvait procurer à notre sujet, a été nuisible. L'hypnose échoue d'ailleurs souvent dans des cas semblables.

J'ai exploré, à l'aide des tests de Binet, la mentalité de notre malade après la présentation que j'en avais faite au mois de juin. L'acuité des sens est parfaite, les poids sont rangés sans aucune faute, les lignes de différentes grandeurs sont appréciées sans aucune erreur. Disons que les définitions de mots abstraits sont données avec grande précision pour une personne n'ayant, en somme, qu'une instruction primaire. Le texte lacunaire est bien comblé, sans erreur presque. La mémoire des phrases, des chiffres est bonne (sept chiffres). En somme, si l'état mental est un peu naïf et infantile, la malade est très capable de conceptions élevées et justes, et ne commet surtout aucune réponse absurde.

Elle tient à son honneur et a soigné son enfant malade avec dévouement et intelligence.

Je me permettrai d'insister sur l'amélioration considérable qu'a amenée la suggestion progressive chez cette malade. Il a fallu souvent insister pour qu'elle ne prête pas attention aux critiques, aux encouragements intempestifs de son entourage. Nous avons pu l'amener à dissimuler, à taire ses états d'angoisse à sa famille, qu'elle obsédait, du reste, par ses plaintes et ses idées absurdes. Elle a appris, en somme, à user ainsi de sa volonté. Elle a confié à son médecin seul le secret de ses phobies et dès lors la famille, la jugeant guérie, l'a distraite et a aidé à sa guérison, presque totale aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE

1. E. KRAEPELIN. *Introduction à la psychiatrie clinique.* Paris, Vigot frères, 1907.
2. WEYLANDT-ROUBANOVITCH. *Atlas manuel de psychiatrie.* Paris, Baillière.
3. E. KRAEPELIN. *Psychiatrie.* 7e édition. Leipzig, Barth, 1904.
4. PIERRE JANET. *Les obsessions et la psychasténie,* Paris, Alcan, 1903.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 7 novembre 1907. — Présidence de M. Babinski

Apoplexie bulbo-protubérantielle circonscrite probable à la suite d'une émotion

MM. F. ROSE et LEMAITRE présentent un malade qui, à la suite d'un coup de canif dans la conque de l'oreille gauche, présenta de l'asymétrie faciale; sa voix devint rauque. Huit jours après, il avait une paralysie faciale totale à gauche avec R. D., une hémiplégie palato-laryngée, une hémi-hypoesthésie gauche du pharynx et du larynx, avec perte des réflexes pharyngé, épiglottique et conjonctival à gauche.

Les auteurs concluent à une apoplexie bulbo-protubérantielle, causée par hypertension émotive.

Deux cas de sclérose cérébrale à type pseudo-bulbaire chez l'enfant

M. A. DELILLE et Mlle GIRY présentent deux enfants atteints de diplégie infantile à type pseudo-bulbaire, sans idiotie. Tous deux sont atteints de syndrôme de Little avec parésie du facial inférieur et conservation de l'intelligence; la bouche est inexpressive, béante, laissant s'écouler la salive; la langue est maladroite, la déglutition difficile, la dysarthrie très intense.

Paralysie de l'élévation des globes oculaires pour les mouvements volontaires avec intégrité des mouvements automatico-réflexes

MM. CANTONNET et LANDOLT présentent un homme de 54 ans, sans antécédents morbides qui, en mars dernier, perd connaissance et revient à lui atteint d'une hémiparésie droite. Il se remet, mais présente des troubles oculaires. Tous les mouvements des yeux sont normaux, sauf pour l'élévation. Les mouvements automatico-réflexes sont conservés mais les mouvements volontaires sont parésiés. Ce sujet ne présente aucune lésion oculaire, aucun signe d'hystérie.

Torticolis mental de Brissaud. Echec du traitement chirurgical

MM. SICARD et DESCOMPS rapportent le cas d'un homme de 44 ans, violent, qui à la suite de chagrins, présenta une déviation de la tête à gauche; cette déviation s'accentua et atteignit le maximum. L'apposition de deux doigts de la main gauche derrière la tête, dans la région occipitale, suffit à faire disparaître le spasme. Pas de signe de perturbation pyramidale. Après un certain temps se montrent des secousses spasmodiques qui projettent violement la tête en arrière en extension forcée. Un appareil plâtré appliqué pendant trois semaines n'amène aucun changement. On fit alors une injection d'alcool à 90° sur le tronc dénudé de la branche externe du spinal; on obtient une amélioration pendant trois semaines, puis les symptômes deviennent plus intenses qu'auparavant. On sectionne alors la portion occipitale du trapèze, les splénius, les grands complexus, les petits complexus, les obliques inférieurs. Le malheureux, balafré, couturé, n'en retire aucun bénéfice et la tête, privée de ses muscles, tombe en arrière.

Sous l'influence de la psychothérapie et des exercices méthodiques de Brissaud et Meige, l'état s'est légèrement amélioré.

Section de la branche externe du spinal dans le torticolis dit mental

M. BABINSKI présente une femme de 35 ans, qui est atteinte d'un spasme du cou, se manifestant principalement par des mouvements involontaires de rotation de la tête de gauche à droite et présentant les caractères tranchés de cette forme spéciale dénommée par Brissaud « torticolis mental », est traitée sans succès par la gymnastique, la rééducation motrice, ainsi que par d'autres moyens médicaux. Cinq mois après le début de la maladie, tourmentée sans cesse par les mouvements spasmodiques qui la mettent dans l'impossibilité de se livrer à un travail quelconque, elle paraît absolument désespérée. La section du spinal a pour résultat d'amener immédiatement une diminution très notable des mouvements involontaires de rotation, qui s'accentue encore dans la suite. Aujourd'hui, plus de quatre mois après l'opération, les mouvements involontaires sont rares et très peu intenses; la tête se tient généralement dans une attitude normale, tous les mouvements volontaires de la tête peuvent être exécutés correctement sans aucune difficulté, et malgré la gêne que la malade éprouve dans le fonctionnement du membre supérieur gauche elle a pu reprendre sa vie passée et se déclare pleinement satisfaite.

Le sterno-mastoïdien est un muscle de luxe, dont la disparition ne donne pas de perturbation profonde; le trapèze n'est qu'incomplètement atrophié par la section du spinal. L'auteur explique de la manière suivante l'amélioration progressive du spasme :

Je suppose que, dans le torticolis dit mental, les mouvements spasmodiques, provoqués par un agent dont, à la vérité, la nature et le siège précis nous échappent, exercent à leur tour sur cet agent une influence excitatrice et entretiennent le mal; or, en diminuant par l'opération l'intensité du spasme, on diminue l'influence excitatrice en question et on obtient ainsi, le temps venant à l'aide, une sédation de la maladie.

Est-il permis d'affirmer que cette femme restera indéfiniment dans l'état où elle se trouve actuellement? Assurément non, et je n'ignore pas que l'on a rapporté des observations décisives du spasme après un amélioration consécutive d'une section du spinal. Toutefois, ce qui me paraît bien probable, c'est que le sterno-mastoïdien et le trapèze seront désormais hors de cause, car, en raison de la résection d'une portion du spinal, d'un centimètre de longueur,

la régénération me semble impossible. Les autres msucles, il est vrai, peuvent être atteints dans l'avenir, mais cela n'est pas certain et, quoi qu'il arrive, on aura rendu service à la malade en lui procurant au moins un calme d'une certaine durée.

On peut conclure de ce fait que, dans le torticois dit mental, lorsque les divers modes de traitement médical ont échoué, la question du traitement chirurgical doit se poser et qu'on peut espérer obtenir un résultat favorable de la section du spinal, particulièrement dans les cas où les phénomènes spasmodiques sont unilatéraux et prédominent, dans le sterno-mastoïdien et dans le trapèze.

M. SICARD pense que la seule section de la branche externe du spinal peut donner des résultats dans le spasme *limité* au sterno-mastoïdien.

M. BRISSAUD croit à l'inutilité des opérations chirurgicales; les contractures s'étendent à un grand nombre de muscles, il faudrait en arriver à sectionner tous les muscles du cou et de la nuque. Ces interventions agissent du reste en grande partie par suggestion.

M. H. MEIGE est d'avis que les opérations ne guérissent pas le torticolis convulsif, ils le métamorphosent; ces métamorphoses se présentent du reste spontanément aussi, une rotation est remplacée par une inclinaison, un torticolis devient rétrocolis. L'action suggestive de l'opération est incontestable; cette opération agit aussi mécaniquement mais la gymnastique méthodique la remplace avantageusement, car elle agit de même psychiquement et mécaniquement.

M. BABINSKI n'admet pas l'action suggestive dans son cas; les contractions ont en effet disparu seulement dans les muscles innervés par le nerf sectionné.

Crises épileptiforme, signe d'Argyll, lymphocytose syphilis remontant à 42 ans

MM. G. BALLET et LEVY VALENSE présentent un malade âgé de 63 ans, atteint, depuis deux ans, de crises épileptiformes, avec signe d'Argyll-Robertson, exagération des réflexes tendineux et lymphocytose abondante. Le malade a eu la syphilis à 42 ans. Ce cas montre la possibilité, après 42 ans, de la production de complications syphilitiques.

Paralysie myélopathique chez un vieillard

MM. DUPRE, LHERMITTE et GIROUX ont fait l'autopsie d'un vieillard de 72 ans, atteint de paraplégie spasmodique progressive, sans phénomènes encéphaliques. L'encéphale était normal, il n'y avait pas de lacunes mais la moelle présentait une sclérose intense des faisceaux latéraux.

Injections sous-arachnoïdiennes de fibrolysine dans le tabes

MM. LHERMITTE et F. LEVY présentent un tabétique notablement amélioré par les injections sous-arachnoïdiennes de fibrolysine. L'introduction du médicament dans le liquide céphalo-rachidien provoque *toujours* une *réaction cellulaire intense*, donnant lieu à des douleurs, des céphalées, de la fièvre, phénomènes qui se dissipent rapidement.

— —

Les auteurs ont fait à ce malade quatre injections de 2 centim. cubes de fibrolysine, les 20 et 27 septembre, les 7 et 16 octobre. Ils ont constaté :

1° La disparition presque complète des troubles de la sensibilité objective et une forte diminution des troubles de sensibilité subjective (douleurs).

2° La restauration de la marche sans rééducation préalable. Nous avons seulement recommandé à notre malade de rester le moins possible au lit, de faire quelques mouvements, de s'essayer à marcher mais sans, à vrai dire, lui donner d'indications précises et pratiquer la rééducation. Nous avons agi ainsi comme dans le cas de rétrécissements œsophagiens et uréthraux où, concourremment avec la fibrolysine, on essaie la dilatation mécanique.

3° Dernier et important phénomène, on note une *diminution considérable de l'ataxie.*

M. SICARD a injecté dans le liquide céphalo-rachidien 2 à 3 milligrammes de biiodure de mercure, puis du sérum additionné de mercure ; il n'a observé, comme résultats, que ceux d'une révulsion banale. Actuellement l'auteur se sert d'eau stérilisée, alcoolisée à 10 et 15 degrés, renfermant un centigramme de stovacocaïne ; il injecte 1 à 2 centigrammes dans le canal rachidien après avoir laissé échapper 5 à 10 cc. de liquide céphalo-rachidien. Chez trois tabétiques il a obtenu la sédation des douleurs fulgurantes.

M. H. CLAUDE. — Le rôle du traumatisme dans la production des arthropathies tabétiques a été envisagé de diverses façons ; pour quelques auteurs, le traumatisme serait la cause directe de l'arthropathie qui se développerait même, en quelque sorte, indépendamment des lésions du système nerveux. Pour certains, les traumatismes, fréquents chez les tabétiques à cause de l'incoordination et de la laxité des ligaments articulaires, favoriseraient seulement la localisation du trouble trophique sur telle ou telle articulation. L'observation suivante démontre que, dans certains cas tout au moins, une altération antérieure d'une articulatoin fixe sur celle-ci, avec une constance remarquable, la dystrophie tabétique.

Il s'agit d'arthropathies développées sur des articulations qui avaient été le siège de troubles divers d'origine traumatique, très longtemps (24, 20 et 4 ans) avant le début du tabes. On ne peut donc pas nier qu'ici le traumatisme, ou plutôt le reliquat bien fruste du traumatisme, n'ait favorisé singulièrement le développement ultérieur de l'arthropathie nerveuse.

Traumatismes et localisation des arthropathies tabétiques

M. LONG. — 1° Paralysie du membre inférieur gauche, à début brusque chez un vieillard de 72 ans, sans participation du membre supérieur et de la face à l'hémiplégie. Les mouvements du membre inférieur restent faibles et limités. Pied en équin varus. Réflexes patellaires exagérés, pas de clonus du pied, signe de Babinski positif du côté de la paralysie, cinq ans de survie sans amélioration notable.

A l'autopsie : ramolissement du lobule paracentral droit. Les coupes microscopiques sériées montrent que les lésions portent sur : la partie postérieure et interne de F_1, l'extrémité supérieure de *Fa* et de *Pa*, le lobule paracentral dans sa totalité. Toutes ces lésions siègent à la face interne de l'hémisphère cérébral ; elles sont limitées à l'écorce et à la substance blanche immédiatement sous-jacente. L'absence de paralysie du membre supérieur s'explique par l'intégrité des fibres de projection de la région rolandique moyenne.

Les dégénérescences secondaires partant de ce foyer de ramollissement

montrent une particularité intéressante : visibles dans la couronne rayonnante sur les coupes colorées au Weigert-Pal, elles ne le sont plus dans la capsule interne, le pied du pédoncule et l'étage antérieur de la protubérance. Dans l'entrecroisement moteur du bulbe il n'y a qu'une inégalité des deux *FPy*, mais, dans la moelle cervicale, on trouve une dégénérescence typique du *FPyC* qui peut être suivie jusque dans le renflement lombaire. On retrouve ainsi, sur une partie du trajet de la voie pyramidale, un processus qui ne se voit guère que dans les lésions infantiles avec longue survie : la résorption complète des fibres dégénérées sans sclérose de remplacement.

2° Déformation congénitale de la main et de l'avant-bras gauches. A la naissance (à terme, après accouchement normal) la main était en flexion forcée et un appareil appliqué pendant six mois l'avait remise en extension. Les muscles de la main et de l'avant-bras se sont mal développés, les tendons fléchisseurs sont restés saillants dans la paume de la main. Tous les mouvements du poignet et des doigts sont possibles quoique limités et plus faibles que du côté droit et la malade peut se servir de sa main gauche. Pas de contracture de ce membre déformé. Réflexes tendineux faibles. Mort à l'âge de 47 ans. (Epilepsie depuis l'âge de 14 ans.)

A l'autopsie on trouve dans l'hémisphère cérébral droit une lésion très étendue : destruction de F_3, de l'opercule rolandique$_2$ et de la partie inférieure et nerveuse de *Fa* et *Pa*, de la partie inférieure de P_2. Les coupes microscopiques sériées montrent que l'insula a été complètement détruit et que toutes ces circonvolutions et la substance blanche sous-jacente ont été remplacées par une cavité kystique. Il y a une réduction de volume des noyaux gris de la base et de la moitié de l'isthme de l'encéphale du côté de la lésion, mais les fibres de projection occupent tout le segment postérieur et le genou de la capsule interne. Le pied du pédoncule, l'étage antérieur de la protubérance ne présentent pas non plus de zones de dégénérescence. On doit admettre qu'une nécrose très étendue s'est produite pendant la vie intra-utérine dans le territoire des branches ascendantes de l'artère sylvienne droite. Cette lésion a été assez précoce pour que les fibres de projection en voie de développement dans le reste de la zône motrice aient pris la place inoccupée. Il y a eu suppléance anatomique en même temps que physiologique et le membre supérieur gauche n'a souffert que d'une insuffisance de développement des muscles sans paralysie ni contracture.

Malformations congénitales
Syringomyélie congénitale ou lésions diffuses du système nerveux

M. H. DUFOUR a attiré l'attention déjà sur l'origine congénitale de certaines syringomyélies et sur la possibilité d'un point de départ fœtal; il présente actuellement une malade chez laquelle les malformations congénitales ont frappé en même temps les formes extérieures et le système nerveux central.

Monoplégie brachiale droite, troubles de la parole et de l'intelligence
Ramollissement cortical
de la partie moyenne de la frontale ascendante

MM. ALQUIER et CIOVINI rapportent l'histoire d'une malade, âgée de 47 ans, qui, à la suite d'un ictus, perd l'usage du bras droit et présente de la dysarthrie, défaut d'attention, paresse intellectuelle, défaut de mémoire, apa-

thie. A l'autopsie, on trouve un foyer de ramollissement détruisant complètement l'écorce de la frontale ascendante, empiétant sur la II[e] frontale et sur la partie supérieure de la pariétale ascendante et débordant très peu sur la partie la plus reculée de la III[e] frontale. On observe plusieurs petites lacunes occupant la région lenticulaire et autour de la capsule interne. L'examen histologique révèle des lésions peu importantes mais disséminées un peu partout.

Myélomacie chez un sujet opéré d'un néoplasme ulcéré de la verge

MM. ALQUIER et MENDICINI. — Trois ans après l'ablation d'une tumeur ulcérée de la verge avec ganglions inguinaux, apparaît une paraplégie qui, après deux mois de prodromes, devient complète en trois jours, avec hypoesthésie, incontinence des sphincters, atrophie musculaire rapide. Les réflexes tendineux, d'abord augmentés, disparaissent ensuite, le signe de Babinski restant positif.

A l'autopsie, on ne trouve d'autre lésion du système nerveux qu'une myélomalacie étendue du VIII[e] au X[e] segment dorsal, et dont l'âge semble bien, histologiquement, correspondre à celui des accidents cliniques. Il convient de remarquer que, déjà un an avant le début de la tumeur de la verge, était apparue une certaine gêne de la marche avec des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs. Il est difficile de dire si ces troubles représentent le début de la paraplégie, ou doivent être mis sur le compte de l'alcoolisme.

Il s'agit d'une myélomalacie par ischémie lente, pas sclérose périvasculaire, consécutive à un infiltrat dont nous ne pouvons davantage préciser la nature. On pourrait interpréter ces cellules comme étant de nature néoplasique (plutôt sarcome qu'épithéliome) ; nous ne saurions l'affirmer, l'étude cytologique de ces éléments présente, en raison des lésions nécrotiques, la plus grande difficulté, et nous ignorons la nature du néoplasme primitif dont ils représenteraient peut-être les métastases.

Myxo-sarcome de la queue de cheval

MM. ARDIN-DELTEIL et DUMOLARD rapportent l'observation d'une femme de 34 ans, ayant la symptomatologie classique d'un syndrome radiculaire intéressant les deux dernières racines dorsales et toutes les racines lombaires et sacrées des deux côtés, avec prédominance marquée des phénomènes du côté droit. En l'absence de toute déformation et de toute douleur à la pression dans la région lombaire, l'évolution, si lentement progressive, de l'affection ne laissait pas place à de nombreuses hypothèses. L'hypothèse d'une méningo-radiculite spécifique ou bacillaire était écartée (il était impossible de retrouver la moindre trace de syphilis ou de tuberculose) du fait de la lenteur de l'évolution, de l'étendue et de la symétrie des lésions. Restait alors l'hypothèse d'une tumeur intra-rachidienne à développement lent, ayant comprimé les deux dernières racines dorsales, les deux premières lombaires et la queue de cheval. C'est à cette hypothèse très probable que nous nous étions arrêtés et l'intérêt de notre observation réside justement dans la confirmaton inattendue de ce diagnostic par les ponctions lombaires restées blanches. Ce fait prouvait qu'il existait dans le cul-de-sac un obstacle à l'écoulement du liquide, puisque celui-ci ne faisait pas issue malgré la pénétration certaine de l'aiguille (le chirurgien nous en donna la preuve) dans le cul-de-sac dure-mérien.

Il ne s'agit là, sans doute, que d'un cas exceptionnel constituant une curio-

sité clinique. Nous avons pu, grâce aux ponctions blanches, localiser d'une façon indiscutable la lésion et confier sans aucune arrière-pensée la malade au chirurgien. Le fait méritait d'être mentionné, si l'on songe aux difficultés cliniques qui existent dans certains cas à se prononcer sur la localisation exacte d'une compression intrarachidienne.

Au point de vue clinique, plusieurs faits sont intéressants. En premier lieu, la tumeur ne s'est manifestée pendant quatre ans, ainsi que le fait a déjà été signalé, que par des troubles sensitifs. En second lieu, nous voulons signaler la périodicité biquotidienne des crises douloureuses et le remarquable effet analgésique du pyramidon. Enfin, l'influence, qui semble évidente, des deux infections pharyngées sur l'évolution de l'affection, nous paraît digne d'être mentionnée.

Note sur les effets de l'opothérapie hypophysaire dans un cas de syndrome de Parkinson

MM. PARHON et URECHIE rapportent le cas d'un ancien parkinsonnien qui, sous l'influence de l'opothérapie hypophysaire, vit certains symptômes gênants comme la sensation de chaleur, la transsudation exagérée, la soif disparaître. Son sommeil devient plus régulier. Le malade est devenu plus calme. Son pouls est descendu de 86-88 à 62, tandis que sa tension artérielle est montée de 16 1/2 à 21 1/2. Le tremblement s'est un peu atténué. Par contre, la rigidité n'a pas semblé influencée.

Il semble intéressant de remarquer que certains troubles tels que la sensation de chaleur, la transpiration abondante, l'accélération du pouls sont communs au syndrome de Basedow, à l'insuffisance ovarienne, à l'insuffisance hypophysaire (Renon et Delille), et au syndrome de Parkinson.

Ces faits semblent confirmer l'opinion de Lancereau d'après laquelle l'hypophyse modère l'activité thyroïdienne, car les troubles précités peuvent être reproduits expérimentalement par le traitement thyroïdien et, d'autre part, dans le syndrome de Basedow (Mœbius) et dans l'insuffisance ovarienne (Hertoghe, Parhon et Goldstein, Hœnicke), la glande thyroïde doit fonctionner en excès.

Il convient de rappeler également que le syndrome de Parkinson a été mis aussi sur le compte d'une altération thyroïdienne (Lundberg, Castelvi) ou parathyroïdienne (Lundberg).

Amyotrophie des membres supérieurs et du thorax sans troubles de la sensibilité. Syringomyélie probable

MM. F. ROSE et H. FRANÇAIS rapportent un cas de paralysie flasque avec amyotrophie des membres supérieurs et du thorax, sans aucun trouble de la sensibilité; les réflexes tendineux sont exagérés aux membres *inférieurs* — sans nier l'existence de l'atrophie musculaire progressive, Aran Duchenne, les auteurs pensent qu'il s'agit plutôt d'une syringomyélie anormale, sans troubles de la sensibilité, comme certains auteurs en ont observé, notamment lorsque la cavité se développe aux dépens des cornes antérieures de la moëlle cervico-dorsale.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de torticolis

par le Dr BIENFAIT

—

Communication faite à la Société belge de Neurologie
Séance du 25 janvier 1908

—

Le torticolis peut reconnaitre diverses causes; le plus souvent il est aigu et passager, il survient à la suite d'un refroidissement, d'une douleur rhumatismale ou d'une irritation locale; dans ce dernier cas il est d'origine réflexe; nous en avons observé un exemple à l'occasion d'un gonflement douloureux des ganglions cervicaux chez une enfant de cinq ans; la contracture donnait une telle rigidité au cou que l'on avait craint un instant une affection de la colonne cervicale, d'autant plus qu'il s'était formé une scoliose à ce niveau. Quelques semaines suffisent heureusement pour obtenir une guérison complète.

D'autres fois, le torticolis passe à l'état chronique, c'est-à-dire qu'il se produit une rétraction des fibres musculaires, le muscle est raccourci et la tête occupe une position oblique fixe, le menton se trouvant dévié en haut et latéralement. Nous avons, dans des circonstances semblables, réussi à obtenir un heureux résultat. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, dont la tête était fortemnte maintenue par la rétraction du sterno-cléido-mastoïdien droit, la figure regardait à gauche et en haut suivant un angle d'environ 30°.

Le traitement, qui exigea la plus grande patience de cette personne, consista à distendre le muscle. A cet effet, nous électrisâmes le sterno-cléido-mastoïdien rétracté par un courant faradique très fort, pendant le plus de minutes possible, de façon à épuiser sa tonicité; au moment où ce résultat était obtenu, nous tendions le muscle en redressant la tête et en même temps nous effectuions notamment aux insertions inférieures, une sorte de massage consistant en des poussées et des tractions énergiques, de façon à l'allonger. Nous avons réussi à ramener la tête à sa situation normale, résultat jugé suffisant par la malade, mais incomplet cependant, en ce sens qu'elle ne peut incliner la tête de façon à placer le menton devant l'épaule droite.

Parfois le torticolis se présente dans des conditions beaucoup plus compliquées et sous un aspect plus intéressant pour la neurologie. Voici, par exemple, une observation de torticolis clonique :

M. X..., âgée de 40 ans, n'a jamais été malade. Il y a une vingtaine d'années, son entourage remarqua que la tête était agitée d'un tremblement latéral minime, sans cause appréciable, et qui avait même passé inaperçu pour la malade elle-même. Ce tremblement a persisté dans les mêmes conditions jusque il y a trois ans; à cette époque, il devint suffisamment prononcé pour qu'elle se décida à consulter; diverses médications lui furent prescrites, qui restèrent sans résultat.

Il y a six mois, la tête se tourna vers l'épaule droite d'une façon clonique; un traitement consistant en bains et souffle statiques ne produisit aucun résultat, il fut interrompu par une affection intercurrente des voies digestives avec ictère, qui guérit complètement en peu de temps.

Enfin, il y a quelques semaines, le clonisme devint tellement violent que la tête se retournant brusquement, entraînait le corps dans ce mouvement de rotation au point d'exposer la malade à perdre l'équilibre; de plus, elle éprouvait, lors de ces spasmes, une vive douleur à la nuque.

L'antipyrine et les autres calmants que son médecin lui prescrivait à hautes doses n'amélioraient ni les convulsions ni les douleurs et provoquaient cependant une somnolence continuelle.

C'est à ce moment que nous vîmes la malade pour la première fois; elle était pâle, amaigrie, l'air fatigué. La sensibilité est normale sous ses trois modes, les réflexes également; les pupilles, égales, réagissent bien; la motilité des globes oculaires ne laisse rien à désirer; l'ouïe est bonne et il n'y a ni bourdonnements ni vertiges.

La tête est affectée d'un tremblement dans le sens horizontal, d'environ cinq centimètres de course totale et d'une secousse en moyenne à la seconde.

A des intervalles variables, quelquefois très rapprochés, la tête tourne violemment à droite et parfois le tronc participe lui-même à ce mouvement de rotation. Divers muscles interviennent, notamment le sterno-cléido-mastoïdien gauche et le trapèze droit; il en résulte que la tête ne s'incline guère comme elle le ferait si le premier muscle était le seul à se contracter.

Ces mouvements prennent surtout une grande amplitude quand la malade se tient debout ou marche, elle ne pourrait circuler en ville sans être soutenue.

La nuit, la malade parvient à dormir d'un sommeil agité grâce à l'action du véronal (0,75) et après avoir cherché longtemps à placer sa tête tournée du côté droit dans une position où la douleur soit supportable.

En faisant un effort de volonté, elle diminue quelque peu le spasme, mais il n'est pas possible de fixer la tête dans les mains ou

au moyen d'un col spécial : la résistance qu'éprouve le mouvement provoque une douleur intolérable.

Comme traitement, nous avons employé les enveloppements chauds de la nuque, le courant continu (pôle positif, 20 mil., sur le point douloureux), l'effleurage et la vibration. Il en est résulté un certain calme, le nombre et surtout l'acuité des crises se sont fort améliorés.

Quelle est la pathogénie de ce torticolis? Nous avons pu exclure le paludisme, l'affection spécifique, l'épilepsie, qui donnent parfois des torticollis d'origine centrale.

Notre attention avait d'abord été attirée par la douleur vive à la nuque dont se plaint la malade et nous avions songé à l'existence d'une variété de tic douloureux de la face. On sait, en effet, que si la névralgie du trijumeau donne parfois naissance à des spasmes dans le domaine du facial, le nerf occipital peut également être le siège de névralgies provoquant le torticolis. Or, précisément, dans notre cas, il existe un point douloureux, surtout à la pression à quelques centimètres en arrière de l'apophyse mastoïde, mais ce n'est pas là l'endroit de sortie du nerf occipital; de plus, le domaine de ce nerf n'est pas douloureux; enfin toute la région du cou est un peu hyperesthésiée sans qu'il existe pour cela des points de Valleix. La douleur s'exagère beaucoup au moment des spasmes, mais il nous paraît que c'est la convulsion qui est primitive et provoque le mal.

Nous avons revu la malade après quelques semaines de repos; la phase clonique est plus rare et aussi plus longue, elle dépasse en durée une demi-minute, de plus le tremblement dans le sens horizontal est beaucoup moins étendu, sa course totale est d'environ 1 à 2 centimètres.

La région de la nuque est encore douloureuse, la douleur est moins limitée au point décrit ci-dessus. La palpation des deux sterno-cléido-mastoïdiens est sensible et nous remarquons que le muscle du côté gauche est beaucoup mieux fourni que son congénère.

On a parfois relaté l'existence de points d'arrêt semblables à ceux qui existent chez les hystériques. La pression sur ces points provoque une inhibition du spasme qui persiste tant que la pression dure. Le cas le plus net qui ait été observé a été publié par Mosetig : lorsqu'il pressait sur le nerf spinal du côté non contracturé, il provoquait un arrêt du spasme, il a réséqué ce nerf et le malade s'est trouvé guéri. Chez notre malade, nous n'observons rien de semblable, bien plus, l'appui de la tête sur un coussin ou un dossier n'amène pas d'amélioration passagère, contrairement à diverses observations de Duchenne, de Boulogne.

Nous estimons qu'il s'agit ici d'un cas de torticolis spasmodique; *en effet*, non seulement le spasme l'emporte de beaucoup sur les au-

tres symptômes, mais il nous paraît que l'on doit écarter l'hypothèse d'un torticolis paralytique et celle du torticolis mental.

Dans la première hypothèse, nous observerions une paralysie du sterno-cléido-mastoïdien droit ; or, la malade tourne la tête du côté gauche et n'est arrêtée dans ce mouvement que par la douleur qu'elle éprouve.

Dans le torticolis mental de Brissaud, il n'y a pas de douleur semblable et le type tonique est le plus fréquent, sinon le seul. D'autre part, quelle que soit la violence de la contraction, le malade réussit à réduire la position vicieuse par le simple effort de la main et parfois d'un seul doigt. La suggession ne nous a d'ailleurs pas donné de résultat appréciable.

Il ne s'agit pas non plus d'un tic; non seulement le tic n'est pas douloureux, mais il consiste en un mouvement coordonné ayant une certaine signification, mais se produisant hors de propos.

Comme cause, nous pouvons exclure l'existence d'une tumeur cérébrale et aussi celle du rhumatisme cérébral ; nous sommes réduits à considérer cette affection comme de nature « essentielle »; ce qui nous fortifie dans cette opinion, c'est l'existence du tremblement, qui existe depuis un grand nombre d'années.

Dans ces cas de torticolis, différents phénomènes retiennent l'attention et peuvent jusqu'à un certain point s'expliquer.

Le fait que la station debout et la marche augmentent la force et l'activité de la contraction se comprend, d'après Cruchet, par les conditions particulières de la statique de la tête : le crâne est maintenu en équilibre sur l'atlas par l'action combinée de la plupart des muscles du cou; si l'un deux vient à faiblir ou à se contracturer, le trouble qui en résulte peut être corrigé par l'action de la volonté qui agit sur les muscles restés sains et rectifie la position par suite d'un effort.

Dans les changements de situation, tels que celui de se lever et de marcher, la tonicité de tous les muscles s'exagère et l'action de celui qui est resté sain l'emporte sur celle du muscle paralysé ou affaibli, d'où l'exagération au moins momentanée de la position vicieuse.

L'atrophie d'un sterno-mastoïdien et l'hypertrophie de l'autre constitue un phénomène remarquable. Certainement il est évident que le muscle, qui travaille surtout d'une façon clonique, c'est-à-dire avec des temps de repos, exécute une véritable gymnastique qui doit le conduire à l'hypertrophie, mais pourquoi son congénère diminue-t-il de volume? On doit, sans doute, en rechercher l'explication dans ce fait que, lorsqu'un muscle se contracte, la tonicité des antagonistes diminue.

Le fait inverse, c'est-à dire la contracture atteignant les antagonistes

d'un muscle paralysé, est plus connu. C'est ainsi que Féré a observé deux cas de paralysie faciale avec contracture de l'autre moitié de la face.

D'autre part, la contraction d'un muscle semble prédisposer ce muscle au spasme. L'exemple le plus banal est celui de la contraction forte des jumeaux qui provoque la crampe du mollet.

On doit aussi rapprocher de ce fait la contraction paradoxale de Westphal; ce phénomène consiste dans la persistance de la contraction du jambier antérieur après le relèvement actif et forcé du pied sur la jambe.

BIBLIOGRAPHIE

CRUCHET. — *Les torticolis.*

DUCHENNE (de Boulogne). — De l'électrisation localisée.

FÉRÉ. — *Revue de médecine*, 1883, p. 170, et 1894, p. 760.

GRASSET. — *Leçons de clinique médicale.*

MOSETIG. — *Wiener Medic. Presse*, 1881, p. 853.

Alcoolisme chronique chez un enfant

par le Dr BOULENGER

Communication faite à la Société belge de Neurologie
Séance du 25 janvier 1908

L'inspection scolaire médicale, bien faite, doit amener fatalement le médecin à découvrir une foule de cas intéressants. Non pas de ces cas pathologiques toujours à toute évidence, mais aussi de ces cas douteux, où le diagnostic n'est pas toujours aisé. De plus, à l'école, plus et mieux qu'à l'hôpital, on peut faire des enquêtes familiales et sociales. Le médecin d'école aperçoit plus clairement et plus nettement l'importance du rôle de la famille dans l'étiologie des maladies. L'alcoolisme, entre autres, est bien souvent une maladie familiale, encore peut-être plus que sociale. Cependant l'importance de la situation de l'habitation près d'un cabaret, la présence d'un débit de boisson dans une impasse, tout cela peut s'apercevoir par l'étude de cas déterminés. L'étiologie du crime se conçoit mieux aussi quand on a pu interroger les écoliers venant des ruelles et des impasses de nos grandes villes. N'ai-je pas vu un enfant de 9 ans environ, dont

la mère vivait séparée du père parce que celui-ci était buveur et querelleur ? Et le jour du petit carnaval, il y a deux ans, le père ayant attendu l'enfant à la sortie de la classe, l'amena boire avec lui et décida le soir d'entrer dans la chambre de sa femme pour aller la tuer. Il trouva la porte bien barricadée, heureusement, et dut passer la nuit dehors. Cela calma les fumées de l'alcool et sa manie sanguinaire.

Mais le lendemain, l'enfant racontait avec un plaisir non dissimulé, qu'il avait été la nuit avec son père, après avoir beaucoup bu, dans la maison de sa mère pour la tuer avec un revolver et un couteau. Je vous laisse à penser le résultat de pareil exemple. Ce gamin, alcoolisé déjà, avec ces exemples de violence en plus, est tout prêt à admettre pour plus tard qu'on doit et peut tuer sa femme ou sa maîtresse lorsque, dégoûtée d'un être brutal et alcoolique, elle veut le quitter. Beaucoup de crimes, prétendûment passionnels, sont dus à des conceptions erronées de la vie, à de mauvais exemples et à la propagande malsaine de la presse, qui reproduit avec complaisance des gravures d'assassinat, qui font du bruit autour des crimes.

Quant à l'école, malgré toutes ses leçons théoriques de morale ou de religion, elle ne peut guère avoir d'influence sur ces enfants ou sur leurs parents. La fréquentation scolaire étant facultative, l'instituteur et le directeur qui interviendraient dans des cas semblables, verraient déserter l'école... et ainsi l'enfant échapperait complètement aux quelques bonnes suggestions de pédagogues dévoués. Des faits semblables à celui que je viens de citer expliquent pourquoi l'école n'a pas pu faire diminuer la criminalité ; elle ne prend l'enfant que durant six heures sur vingt-quatre et les dix-huit heures restantes servent à la contagion de la rue, du quartier ou de la maison, car la nuit même, chez l'alcoolique, est consacrée à des violences, des batailles ou à des actes immoraux. L'enfant ne dormant pas assez, devient dès lors un nerveux, un agité en classe... Il n'est plus capable de profiter de l'instruction qu'on lui donne. C'est pourquoi, l'instruction bien comprise exige une série de réformes sociales très nombreuses ; depuis celles qui concernent les moyens physiques d'éducation jusqu'à celles concernant les moyens intellectuels et moraux...

A notre sens donc, l'instruction obligatoire n'est que le premier pas fait dans une voie nouvelle d'éducation, qui obligera sans doute à faire de grandes réformes sociales ; mais qu'importe, si l'humanité doit en retirer plus de bonheur par une harmonie sociale plus grande.

La médecine actuelle ne voit plus, non plus, l'origine de la maladie physique ou mentale dans l'individu seul. Elle sait combien l'organisation de la société peut favoriser la dispersion du mal ou peut l'arrêter. L'alcoolisme, tout le monde le sait, est surtout un mal social ou familial ; le prévenir par des mesures générales sera donc

toujours plus efficace que de se borner à une propagande morale individuelle. Le cas que je vais vous décrire en est une preuve.

Il s'agit d'un enfant de 7 ans et demi, qui apprend très péniblement à lire et à écrire, quoique sa vision et son audition soient bonnes. L'instituteur remarque que si l'enfant ne parvient pas à écrire, c'est parce qu'il est atteint de tremblement des mains, de plus il boit; est-ce donc du tremblement alcoolique?

Voici l'histoire du cas :

L...., J.-B., demeurant dans une impasse de Bruxelles, est né le 5 juillet 1900. Son père, âgé de 48 ans, est tapissier-garnisseur, sait lire et écrire ; gagne fr. 3.50 par jour, au minimum, suivant une déclaration faite par lui. C'est un homme assez fort; alcoolique, très emporté lors de son ivresse, il casse les vitres ; il est souvent malade par suite d'ivresse; les disputes sont donc fréquentes et souvent il quitte alors la maison. Il ne s'occupe pas autrement de ses enfants. La mère, âgée de 48 ans, est colporteuse, et chiffonnière, n'a aucune instruction, grande et maigre, est alcoolique. est de caracrère vif, se querelle et est alors très grossière ; se bat avec son mari ; ne s'occupe pas de ses enfants : elle gagne fr. 1.50 par jour. Le frère aîné a 20 ans et gagne fr. 2.50 par jour. Le deuxième frère est imprimeur, gagne 1 franc par jour, est né le 20 avril 1892. Une sœur, âgée de 23 ans, a deux enfants naturels. Une autre a 17 ans et s'occupe du ménage et a un enfant naturel. Une autre sœur est morte à l'âge de 2 ans en 1899.

Un frère de la mère du petit L... a tué sa femme, dans une impulsion brusque sous l'influence de l'alcool ; ce frère est mort de cirrhose du foie.

Le domicile de l'enfant est donc situé dans une impasse, c'est un rez-de-chaussée, composé de deux chambres. Il y a trois lits. Les chambres sont assez propres, mais misérables. L'enfant est négligé, s'habille seul et doit souvent garder les trois enfants de ses deux sœurs.

L'état moral du quartier est des plus mauvais, il y a des disputes incessantes dans l'impasse et il y existe un estaminet, facteur probable de toutes ces disputes ; quant à l'impasse même, elle est malpropre et insalubre.

L'alimentation de l'enfant est composé :

1° Pour les boissons : de café, de beaucoup de bière (faro), pas de brune dit l'enfant à son instituteur;

2° Il fait quatre repos par jour, il mange du pain, du beurre et de la graisse, les trois quarts du temps. Parfois, il y a de la soupe et de la viande.

Voici depuis quand cette famille d'alcoolique est secourue par la bienfaisance, quoique le père et la mère aient pu gagner, dans le temps, sans leurs enfants, de 5 à 6 francs par jour et, actuellement, 8 francs au moins avec leurs enfants.

Depuis 1885, le ménage à peine formé fait sa première demande de secours; en 1886 une demande de secours est rejetée.

Depuis 1891, lors de chaque accouchement des secours sont régulièrement octroyés. L'école 18 et l'école 5 (comités) recommandent les enfants très négligés par les parents, au bureau de secours en 1893 et en 1894. Les bons de pain donnés par le Roi sont octroyés en 1898 et lors de tous les hivers.

Du charbon, des paillasses, des pains sont donnés tous les ans, deux fois au moins par an, jusqu'en 1904.

En 1905, comme la fille Marie avait eu un enfant naturel, la mère fit des démarches pour obtenir un secours du Roi. Elle échoua, et attribuant son insuccès au visiteur des pauvres, elle l'insulta des plus grossièrement.

On voit donc que des gens, qui auraient pu vivre certes modestement avec leur gain, ont sans cesse frappé à la porte du bureau de bienfaisance, ont obtenu une foule de secours et ne se sont guère montrés dignes de les recevoir. Certes, les comités scolaires n'ont pas pu se désintéresser, pas plus que la bienfaisance, des entants négligés et misérables par la faute des parents. Mais, le résultat en est triste ; deux filles-mères, et trois garçons qui boivent !

Tant que la société n'osera pas employer le seul remède radical en l'occurence, l'enlèvement des enfants à des parents aussi dépravés, la bienfaisance, l'école, la charité, la religion, seront inefficaces, ou même favoriseront cette dégénéressence morale et physique par l'action de secours.

Ayant examiné l'enfant à plusieurs reprises, la première fois le 26 septembre 1907, je notai que l'enfant a l'aspect éveillé, qu'il est très loquace une fois lancé, qu'il est nerveux. Il donne cependant la plupart de ses réponses avec discernement ; mais si on ne l'arrête pas, il continue un bavardage décousu et incohérent, parlant et mêlant toutes sortes de sujets. Il est euphorique.

L'enfant n'a jamais été malade, mais présente de la polyadénite cervicale. La tête est régulière, non déformée, les cheveux sont insérés très bas sur le front. La propreté des vêtements est suffisante, quoique ceux-ci soient très usés ; le visage, les mains et le cou sont propres.

Le 12 décembre 1907, M. Vanderelst me signale que l'enfant est atteint d'un tremblement particulier qui semble intentionnel, vu qu'il se produit lorsque l'enfant écrit, et même lorsqu'il mange. Les deux bras étendus devant lui, il ne se produit pas de tremblement, mais plutôt des secousses rares et irrégulières.

La langue ne tremble pas, mais ne peut guère rester immobile. Les réflexes rotuliens sont très faibles, ainsi que les achilléens. Il n'existe pas de Babinski. Les pupilles réagissent normalement à la lumière et à la distance ; elles sont égales. Lorsque l'enfant veut refermer ses boutonnières, ou les ouvrir : aussitôt ses deux bras s'animent d'oscillations à grandes amplitudes. Malgré cela, l'enfant parvient à s'habiller seul, il est d'ailleurs inventif et débrouillard.

Demandant à l'enfant s'il boit, il avoue boire beaucoup de bière, de la Diest, du faro, du lambic, de la brune, il se refuse à admettre, malgré ma suggestion, qu'il boive du genièvre, mais dit boire des amers, du cognac, du punch et de l'anisette, qui ressemble à du sirop d'hôpital, dit-il.

Huit jours après, le tremblement et les mouvements irréguliers de la langue et des doigts n'ont guère diminué.

Mais lorsqu'on étudie ces tremblements, on voit qu'ils existent surtout au début d'un mouvement ou à la fin de ce mouvement. L'enfant a de la peine à mettre, sans hésiter, son index sur le nez ou à rejoindre ses deux index.

Lorsque l'enfant dessine ou écrit, son porte-plume tremble, à tel point qu'il doit cesser d'écrire.

L'examen physique de l'enfant ne révèle rien aux poumons. Au cœur, il y a un léger dédoublement du deuxième temps ; le pouls est à 94. Les artères

radiales sont sinueuses et dures, nettement scléreuses. Les temporales sont normales. L'enfant présente un peu de pituite ou des vomissements le matin.

Le lobe gauche du foie est très augmenté de volume ; le foie mesure 6 × 8 × 6 cent. ; il dépasse de trois travers de doigts les fausses côtes.

L'examen de la vue ne révèle rien d'anormal ; l'ouïe est un peu affaiblie, mais les oreilles sont sales, négligées.

La dentition est mauvaise.

L'odorat est peu développé, il ne reconnaît pas le genièvre à l'odeur ou au goût, l'alcool à 50° est qualifié au goût de genièvre; rien par l'odorat. Les autres substances, le vinaigre, le café, le pétrole, sont mal reconnues.

Il n'y a aucune trace de végétation adénoïde.

L'illusion de poids est normale (signe de Demoor).

Le langage de l'enfant est très incorrect et très peu exact; il prononce d'une façon défectueuse.

La taille de l'enfant est normale, suivant la courbe de Quetelet. Il mesure 1m124 à 7 ans 1/2; son poids est de 17 kilogrammes, abstraction faite du poids du pantalon et de la chemise; il est donc inférieur de 2 kilogrammes à la moyenne. La tête, petite, mesure 168 × 133.

Quant à l'état mental, il est caractéristique d'alcoolisme chronique. Il existe une euphorie, très semblable à celle de ces vieux alcooliques, venant dans les asiles-dépôts ou aux consultations des hôpitaux. La fatigue est rapide en classe et l'instabilité est grande. Il y a de la faiblesse mentale légère. L'enfant avoue même avoir des hallucinations visuelles, à la tombée du jour : il voit des bêtes noires qui viennent vers lui. Enfin, il a souvent de la céphalée au réveil le matin et il transpire souvent la nuit.

J.-B. L... va souvent boire avec ses deux frères, le soir, dans l'estaminet de l'impasse, où il reste de 6 heures du soir jusqu'à minuit très souvent, dit-il.

L'examen pédagogique de M. Vanderelst révèle :

1° Des absences fréquentes, à cause de la surveillance qu'il doit exercer sur les enfants de ses sœurs ;

2° Il ignorait son âge à son entrée à l'école. En décembre, il le connaît exactement.

La lecture est encore très peu avancée, en décembre.

L'écriture ne se perfectionne pas ; il tremble trop en écrivant. Il écrit parfois de la main gauche.

En calcul, il sait compter jusque 17. Les opérations sont bonnes avec les six premiers nombres, le calcul abstrait ne donne presque rien. Le vocabulaire est peu étendu.

Les définitions mentales d'objets sont courtes et souvent inexactes et bizarres : une maison, c'est un toit ; une fourchette, c'est une pointe ; un cheval est un animal sauvage ; une maman est une femme. Les *gravures* réveillent son attention visuelle, et lui qui est instable, devient très calme et très occupé, son aspect intellectuel change. Cependant cet état d'attention ne dure guère.

Le dessin est négligé, souvent fait de la main gauche. La fatigue est rapide.

Les travaux manuels manifestent son inhabilité flagrante (pliage, découpage, tissage). Le sens tactile est peu développé.

La gymnastique est lente, non coordonnée ; il ne peut suivre les exercices.

Il ne connaît guère le temps, l'heure, ou l'âge d'une personne ; la distance est très mal appréciée.

C'est la mémoire visuelle qui est la plus développée. L'audition est presque nulle pour les mots; pour les chiffres, il retient quatre chiffres.

L'attention est donc très faible. L'attention visuelle spontanée est la mieux developpée; l'attention volontaire est faible et difficile à captiver. L'enfant a peu d'imagination dans ses récits ; il n'a qu'une application passable.

Cependant sa conduite à l'école est excellente; ainsi qu'au sortir de l'école. L... s'absente souvent, mais n'arrive jamais en retard à l'école. Il est très poli, et même gentil.

Je ferai remarquer que les réponses de L..., au sujet de l'alcoolisme, ne sont positives que pour la bière. Car pour les liqueurs, dont il connait les noms variés, et même le goût, il n'a rien voulu m'avouer exactement. Ainsi, après avoir dit qu'il boit trois gouttes chaque jour, il s'est repris et a dit qu'il n'en boit que le dimanche. L'ai-je suggestionné, ou bien s'est-il, après m'avoir avoué la vérité, rappelé de ce que ses parents lui ont interdit de dire la chose, on ne pourrait l'assurer. Cependant sa connaissance même des noms et des goûts des liqueurs prouve qu'il en consomme assez souvent.

Voici donc une famille, qui gagne régulièrement 2,500 francs par an, au minimum (car on sait combien les indigents du genre de ceux-ci sont habiles pour se faire passer pour plus pauvres qu'ils ne le sont) et qui n'a pas cessé depuis vingt-trois ans d'être aidée par la bienfaisance et par des bienfaiteurs privés; et jamais elle n'a pu vivre sans ces secours.

Il est certain que l'alcoolisme est le grand fauteur en l'occurence.

Quant au cas spécial de l'enfant, il faut remarquer sa grande faiblesse d'attention, son instabilité; malgré cela, il n'est pas brutal à l'école, il est poli et obéissant; il n'a aucune tendance à progresser; il est euphorique et optimiste. Il ne réussit dans aucun travail manuel. La fatigue est très rapide. L'instabilité mentale empêche, avec la fatigue, tout progrès.

Les autres signes cliniques me paraissent d'accord avec cet état mental (logorrhée, artério-sclérose, foie hypertrophié, tremblements) pour fixer le diagnostic d'alcoolisme chronique.

Enfin, encore une preuve de l'état de la famille, c'est la défiance vis-à-vis du médecin : malgré des lettres de ma part et une intervention de M. Vanderelst, les parents ont refusé d'amener l'enfant à notre séance. C'est pourquoi je regrette de ne pouvoir vous montrer le cas pour que vous puissiez vous assurer de l'état somatique et mental exact de cet enfant.

A propos de la réaction de la dégénérescence

par le Dr Bienfait

La fibre musculaire est, au stade embryonnaire, constituée par une masse protoplasmique nucléée que l'on appelle le sarcoplasme; à un stade ultérieur apparaissent des striations, l'une longitudinale, l'autre transversale : celle-ci est la plus nette, elle est constituée par une série de bandes alternativement isotropes et anisotropes.

Cet élément différentié constitue à proprement parler la substance contractile de la fibre musculaire, cependant une petite quantité de sarcoplasme continue à exister à côté de cette striation.

Lorsque la fibre musculaire dégénère et s'atrophie, elle le fait par une série de processus exposés par Krösing (1) et Durante (2), notamment par sarcolyse, scindage, prolifération nucléaire, etc. Ces processus sont concommittants et non exclusifs l'un de l'autre, ils sont communs à toutes les atrophies musculaires, de quelque nature qu'elles soient : atrophie par défaut de fonctionnement, atrophie par polynévrite ou poliomyélite, atrophie neuropatique.

Le Dr De Buck (3) a confirmé les travaux de Durante et Krösing et il est arrivé à cette conclusion que l'uniformité du processus régressif dans les diverses variétés cliniques de dégénérescence du muscle ne reposent pas sur des propriétés morphologiques spéciales, mais doivent trouver une autre interprétation : elles ne renseignent pas sur l'état du muscle, mais sur celui du téléneurone moteur.

Mlle Ioteyko (4), qui s'est beaucoup occupée après Schiff, Bottarzi, Biedermann et d'autres, de la physiologie de la fibre musculaire, émet un avis tout opposé et considère que la formule de la réaction électrique dépend précisément de l'aspect morphologique de la fibre musculaire.

Cette contradiction me parait basée sur un malentendu; examinons, en effet, les choses de près.

Si nous sectionnons un nerf moteur, il y a immédiatemment paralysie du muscle correspondant, mais il n'y a pas encore réaction de dégénérescence, et l'excitation du bout périphérique au niveau de la section agit comme l'excitation d'un tronc nerveux normal.

Après quelques jours, il n'en est plus de même: les cylindraxes ont dégénérés, l'excitation ne donne plus rien au niveau de la section, mais le muscle excité au point moteur continue à répondre d'une façon normale, enfin après dix à vingt jours la dégénérescence du cylindraxe est complète, elle arrive jusqu'à la plaque terminale. Le point moteur a disparu; d'autre part les fibres musculaires sont en bonne partie revenues à l'état embryonnaire, le sarcoplasme s'est multiplié, la striation est en partie résorbée. En ce moment le courant faradique ne donne plus de contraction, le courant galvanique agit surtout sur les extrémités tendineuses inférieures (réaction à distance de Gaillarducci) la formule normale KFC>AFC est renversée.

La dégénérescence est double, elle porte à la fois sur le nerf et sur le muscle; or, pour pouvoir trancher le différend, il faudrait isoler les facteurs et produire une suspension complète de l'action du nerf assez rapide pour devancer la régression de la fibre musculaire. Précisément, l'action élective du curare sur la plaque terminale nous permet de réaliser parfaitement ce désideratum : l'excitabilité du nerf est annihilée subitement et complètement tandis que le muscle persiste à l'état normal sans altération morphologique.

(1) Krösing, Ueber die Rückbildung und Entdckelung der quergestr. Muskel. fasern. (*Virchow's Archiv.*, Bd, 128, s. 445.)

(2) Durante, Du processus histologique de l'atrophie musculaire. (*Arch. de med. exper. et d'anatomie pathologique*, 1902, p. 658.)

(3) De Buck et De Moor, Morphologie de la régression musculaire (*Le Névrose*. 1903.)

(4) Ioteyko, Société belge de neurologie.

Or dans ces circonstances le muscle ne donne pas de réaction de dégénérescence, le courant faradique agit encore sur les fibres musculaires qui n'ont pas perdu leur striation, seulement il faut un courant plus fort que normalement pour produire la contraction.

Il résulte de cela que M. De Buck a théoriquement tort, mais cliniquement il a raison, parce que les choses ne se passent jamais de cette façon simpliste : quand le nerf dégénère, toujours le muscle dégénére aussi.

Dans les amyotophies progressives, il y a toujours des fibres normales à côté des fibres dégénérées non d'une façon aiguë mais tout à fait chronique c'est pourquoi on n'observe pas la réaction de dégeneresсence, la contraction des fibres saines l'emportant de beaucoup sur celles des autres.

Certaines particularités s'expliquent moins aisément; c'est ainsi que, dans la réaction partielle de la dégénérescence, le nerf est paralysé, cependant il répond aux excitations électriques et le muscle présente un renversement de la formule, peut-être doit-on admettre que le muscle est devenu partiellement sarcoplastique! On sait en effet, que la dégénérescence aiguë s'accompagne d'une excitabilité très grande, de sorte que la contraction des fibres dégénérées peut devenir plus visible que celle de leurs congénères saines.

Une situation inverse se rencontre fréquemment: un nerf paralysé reprend petit à petit ses fonctions normales et les mouvements volontaires réapparaissent à un moment où l'excitation électrique n'a pas encore d'effet. On a voulu expliquer cette anomalie en tablant sur l'état anatomique du nerf; le cylindraxe se reproduit en effet plus rapidement que la gaine du myéline, or certains auteurs veulent que le courant éleetrique se transmette par la gaine de myéline. Cette hypothèse est au moins singulière, le myéline en effet, en sa qualitéde substance grasse, doit avoir une conductibilité moindre que les tissus voisins.

SOCIETE BELGE DE NEUROLOGIE

—

Séance du 28 décembre 1907. — Présidence de M. le Dr Bienfait

—

Poussées aiguës dans le trophœdème des membres

(Présentation de la malade)

M. Ley. — Vous reconnaissez probablement la malade atteinte de trophœdème que je vous ai montrée en février dernier et dont l'observation est publiée dans nos *Annales* (11e année, n° 5, p. 138). Vous constatez que, loin de s'être améliorée, l'affection a plutôt progressé. Les mensurations des jambes donnent en effet :

	Février 1907 Jambe droite	Février 1907 Jambe gauche	Décembre 1907 Jambe droite	Décembre 1907 Jambe gauche
Circonférence sous rotulienne	0.39	0.35	0 42	0.37
» maximum au milieu du mollet	0.58	0 51	0.64	0.52
» malléolaire	0.44	0.44	0.47	0.43

Cette augmentation s'est produite à la suite d'une poussée aiguë bilatérale accompagnée d'une fièvre intense allant jusqu'à 40° et se mainte-

nant, avec des variations d'intensité, pendant une douzaine de jours; les deux jambes présentaient des phénomènes de rougeur et de chaleur avec gonflement, peau luisante et douleur. Le seul traitement fut le repos au lit et les grands enveloppements humides chauds, qui soulageaient fortement la malade d'ailleurs. Aucune trace de lésion externe de la peau permettant de trouver une porte d'entrée à l'infection, ne fut relevée et il est remarquable d'ailleurs que la malade nous montre encore en ce moment des traces de petits furoncles cutanés qui évoluent sans donner de phénomènes de lymphangite. L'affection aiguë dont je vous parle n'avait d'ailleurs aucune ressemblance avec la lymphangite; on ne voyait pas de trace de traînées lymphatiques, il s'agissait bien d'une prise en masse de tout le tissu du membre hypertrophié. Il semblerait donc comme l'ont signalé Sicard et Laignel-Lavastine, que le trophœdème puisse progresser par poussées aiguës, ce qui n'est pas fait pour éclairer la pathogénie de cette affection encore si obscure.

Je ferai remarquer que le repos au lit, après la poussée aiguë, bien que prolongé pendant plusieurs mois, n'a guère modifié l'affection. Les membres étaient un peu plus flasques, moins durs, mais l'état primitif s'est reproduit avec une intensité plus grande dès que la malade s'est relevée.

Discussion

M. LIBOTTE. — Je ne conçois point nettement la pathogénie de ce cas, comme l'explique M. Ley. Si le point de départ de la maladie a son siège dans la moelle, si les lésions passent à un état aigu comme ici, comment expliquez-vous que ces désordres ne retentissent point sur les cellules, sur les cordons de la moelle situés dans le voisinage et pourquoi nous ne voyons aucun symptôme de motilité et de sensibilité ?

M. DECROLY. — Je pense que l'observation de M. Libotte mérite d'être prise en considération. Devant cette lésion récente à allure locale, on hésite à incriminer une influence d'origine nerveuse.

D'autre part, celle-ci ne peut être éliminée si l'on songe à l'allure segmentaire et symétrique des phénomènes d'œdème.

Ne resterait-il pas une interprétation qui concilierait le tout ; ne peut-on admettre qu'une infection générale — grippe ou autre — a trouvé un *locus minoris resistentiæ* dans cette jambe déjà atteinte par le trouble trophique.

Un fait permettrait peut-être de le prouver; il est probable, en effet, que les troubles génénaux signes d'une infection d'ensemble ont pu précéder la lésion locale ; si la malade a donc présenté des phénomènes de fièvre, de courbature, d'inappétence ou autres avant qu'apparaissent les signes locaux, on est autorisé à faire comprendre celle-ci comme étant une partie du tableau global.

M. CROCQ. — Je voulais faire une objection analogue à celle de M. Decroly : je crois que l'on peut incriminer une infection générale dans l'éclosion de la poussée aiguë de trophoedème. Les infections banales ont des répercussions très marquées sur des systèmes nerveux antérieurement atteints. Je vous rappellerai ce malade que je vous ai présenté, atteint d'élongation de la moelle, chez lequel une amygdalite provoqua une myélite aiguë grave.

Trophœdème unilatéral du pied
(Présentation de la malade)

M. LEY. — Voici une malade de 25 ans atteinte d'une insuffisance mentale congénitale; l'hérédité est chargée tout comme celle de notre autre malade; il y a plusieurs cas de psychose dans la famille en ligne collatérale, du côté paternel.

La malade fut atteinte de rachitisme dans l'enfance; vous constatez aussi les nombreux stigmates de dégénérescence qu'elle présente : nanisme, absence de poils aux aisselles, pas de développement des seins, poils peu fournis au pubis. Les règles sont très peu abondantes et ne surviennent que rarement. Il existe donc un véritable infantilisme génital.

Vous constatez aussi la déformation prononcée des mandibules, avec prognatisme, facies adénoïdien, implantation vicieuse des dents, qui sont cariées précocement.

La malade fut colloquée en juin 1906 pour une crise d'agitation maniaque, à la suite de laquelle son niveau mental s'est encore abaissé.

Depuis la naissance, notre sujet présente au pied gauche jusqu'au niveau des malléoles, l'œdème circonscrit, blanc, dur et indolore que vous constatez chez elle. Cet œdème ne l'empêche pas de marcher assez normalement; nous n'avons pas constaté chez elle de poussée aiguë ou subaiguë depuis un an et demi que nous l'avons en traitement. Le repos au lit prolongé n'a pas modifié sensiblement l'œdème. La flaccidité légère qui se produit dans ce cas, disparaît immédiatement quand la malade se relève. Je crois pouvoir ranger aussi cet œdème localisé parmi les trophœdèmes.

M. CROCQ fait remarquer que cette malade est peu développée, les poils sont absents, elle est bouffie, ne s'agit-il pas de myxœdème et n'est-ce pas une idiote myxœdemateuse. L'orateur a observé un cas analogue dans lequel le corps thyroïde donnait lieu à une amélioration passagère. Cette malade rappelle la troupe de nains en représentation au Cirque Schumann; ceux-ci sont bouffis et paraissent légèrement myxœdémateux.

M. LEY.—Je ne pense pas qu'il s'agisse ici de troubles myxœdémateux; je ne constate aucun des signes physiques classiques du myxœdème et l'état mental, l'activité et le caractère expansif de la malade me font croire que cette affection n'entre pas en jeu dans le cas présent.

M. DECROLY.—L'argument du nanisme n'est pas suffisant pour permettre le diagnostic du myxœdème même fruste.

Les nains qu'on rencontre en représentation dans les foires ne sont pas des myxœdémateux. Ceux-ci se prêtent peu à l'exhibition, du reste : leur aspect souvent repoussant et leur apathie les rend peu aptes à ce genre d'activité.

Les achondroplases par contre et les infantiles du type Lorrain sont ceux qu'on y voit le plus fréquemment.

M. CROCQ. — Les nains présentés au Cirque ne font que des exercices peu complexes; il est impossible de les confondre avec les achondroplasiques, dont les formes tout à fait remarquables font des types absolument monstrueux.

M. F. SANO.—M. Ley ne croit-il pas qu'il y a malformation anatomique. Nous voyons que la face est également informe. Il y a là une anomalie datant du développement embryonnaire. La radiographie comparative de deux pieds serait intéressante à examiner.

M. LEY.— La déformation signalée est probablement due au rachistisme.

M. LIBOTTE. — Peut-on raisonnablement supputer dans ce cas de l'hypothyroïdie aiguë ?

Pour établir cette opinion, il faut nous montrer un ensemble de symptômes à tendance bien définie. Il faut voir les fonctions générales aussi bien que les criteriums particuliers. Il ne faut pas s'attacher seulement à l'état des cheveux, aux sourcils, à l'œdème élastique, à la peau froide. Tout d'abord, cet œdème est circonscrit, on ne le voit pas à la figure ni aux membres supérieurs. Mais il faut voir l'état des voies digestives, les troubles de calorification, l'état des intestins. Il faut voir si les malades sont atteints d'une fatigue, s'ils quittent leur lit difficilement.

Il faut analyser leur appétit. Il faut voir s'il n'y a point des douleurs musculaires, articulaires, de la céphalée, de l'indifférence, etc., etc., tous symptômes qui peuvent relever de l'hypothyroïdie.

A propros de la réaction de la dégénérescence

M. BIENFAIT. — (Voir ce travail p. 150.)

Discussion

M. LIBOTTE. — Les muscles striés en dégénérescence perdent leurs stries. Les cellules musculaires se remplissent de substance granuleuse : du sarcoplasme.

Elles ressemblent ainsi aux fibres musculaires lisses, et au courant galvanique elles répondent aussi par une contraction lente, vermiculaire.

A la faradisation, les muscles lisses ne se contractent plus, et les fibres musculaires striées en dégénérescence ne se contractent plus.

Répondant à l'objection de M. Sano, l'excitation galvanique d'un muscle est en rapport avec le voltage, c'est-à-dire la tension électrique.

Pour faire scientifiquement une réaction musculaire, il faudrait employer de préférence une série d'accumulateurs de même capacité, de même charge, avoir des électrodes mouillées avec de l'eau très chaude et de préférence salée dans ce cas.

La peau devrait être bien humectée avant l'opération. Dans ces conditions celle-ci serait meilleure conductrice.

Notre galvanomètre est sans doute un instrument de mesure suffisant dans la pratique, mais il faut tenir un grand compte du voltage dans toutes nos réactions de dégénérescence.

Les piles ont des forces électro-motrices variables et logiquement il faudrait avoir partout un même type. Mais elles ne vaudront jamais la série d'accumulateurs, ainsi que Dubois, de Berne, l'a démontré. (*Neurologie,* de janvier 1908.)

Alcoolisme chronique chez un enfant

M. BOULENGIER. — (Voir ce travail à la p. 145.)

Discussion

M. LEY.— Je crois qu'il faut être fort prudent en interprétant les réponses des enfants qu'on questionne au sujet de la consommation de boissons alcooliques qu'ils auraient faite. Ils considèrent facilement la chose comme une action dont on peut se vanter, et de plus une suggestion difficile à éviter s'établit de la part de celui qui questionne. J'ai vu ainsi, dans des classes, des instituteurs arriver à faire dire aux enfants des choses invraisemblables, par le seul fait qu'ils témoignaient par leur attitude leur désir d'obtenir telle ou telle réponse.

Rapport de la Commission instituée par les Sociétés de Neurologie et de Médecine mentale au Congrès d'Anvers (1907)

—

M. LEY. — Messieurs,

La Commission d'examen chargée par les Sociétés de Médecine mentale et de Neurologie de l'octroi des diplômes aux infirmières et infirmiers de nos asiles d'aliénés et sanatoriums pour nerveux, a tenu sa première session le 26 octobre 1907 à l'asile du Fort Jaco. Elle était composée des Drs Mabilde et Bienfait, présidents des sociétés et du Dr Ley, qui fit fonction de secrétaire. La Commission a décidé d'adopter dans ses grandes lignes le règlement proposé dans le rapport du Congrès. Elle s'est donc d'abord assurée, par la présentation de certificats émanant du directeur et du médecin en chef de l'établissement, que les candidates inscrites remplissaient les conditions requises. à savoir :

1° Moralité et bonne conduite ;
2° 18 ans d'âge ;
3° Instruction primaire ;
4° Six mois d'activité effective dans un asile ;
5° Avoir suivi régulièrement les cours d'une école d'infirmières.

La Commission s'est adjoint, comme délégués du corps professionnel de l'école du Fort-Jaco, le Dr Boulenger et la personne chargée de donner le complément d'instruction générale. Elle a estimé, en effet, qu'il est utile de voir les professeurs de l'école représentés dans le jury, tant pour la partie médicale que pour la partie instruction générale, et cela au moins pour la première épreuve de l'examen.

Les candidates étaient au nombre de dix. Une d'elles, infirmière d'asile depuis cinq ans, se présentait pour les trois épreuves à la fois.

La Commission a résolu d'admettre que les candidats, ayant deux ans d'activité continue dans une asile, peuvent présenter les deux premières épreuves ensemble : ceux ayant au moins trois ans d'activité, ont le droit de présenter les trois épreuves à la fois. Cette activité , ainsi que la présence suivie aux cours d'une école, devront être constatées par certificat émanant de l'établissement où la candidate a fait ses études.

La première épreuve comprenait des notions générales : rédaction, un calcul simple, des notions de géographie et de sciences naturelles.

Huit candidates ont subi l'épreuve auec succès.

Une d'elles a subi la seconde épreuve avec succès (soins à donner aux malades, en général) et a échoué à la troisième épreuve.

Le Dr Mabilde, président, a félicité les nouvelles diplômées en quelques paroles de bienveillance paternelle.

La session suivante aura lieu en mai 1908.

°°°

Cette expérience démontre en somme que le fonctionnement de la commission est simple et ne souffrira pas de difficultés. Les quelques frais occasionnés par son activité (impression de diplômes, de formules diverses, frais de déplacement du jury) pourraient être couverts en faisant payer aux candidats un droit d'inscription de deux francs pour chacune des deux premières épreuves et de cinq francs pour la troisième. A l'étranger, ce droit d'inscription existe généralement; il pourra d'ailleurs être offert

en récompense au personnel par les établissements, qui ont tout intérêt à voir leurs infirmiers et infirmières s'instruire et se perfectionner.

La Commission sollicite de la Société de Neurologie un subside de vingt-cinq francs: celui-ci suffira amplement et ne devra pas être renouvelé si le principe du droit d'inscription est admis.

La Commission joint à son rapport le règlement et le programme suivant, qu'elle soumet à votre approbation :

1. Les Sociétés belges de Médecine mentale et de Neurologie instituent un diplôme spécial d'infirmière et d'infirmier pour maladies mentales et nerveuses; ce diplome comporte trois examens, le grade final ne pouvant être conféré qu'à l'âge de 23 ans révolus. Après le diplome final il est octroyé un insigne spécial.

2. La commission d'examen est nommée chaque année par l'assemblée réunie des sociétés (congrès ou réunion annuelle). Les membres, au nombre de trois, sont rééligibles.

3. Les examens peuvent avoir lieu dans l'une des deux langues nationales.Ils se passent autant que possible dans les établissements mêmes; toutefois le Jury pourra, si les candidats dans chaque asile sont peu nombreux, les réunir dans un établissement désigné.

4. Le Jury s'adjoint, pour la première épreuve de l'examen, deux délégués du corps professoral de l'établissement, l'un médecin, l'autre non médecin. Pour les deux dernières épreuves, seuls un ou deux délégués médecins peuvent faire partie du Jury.

5. Pour se présenter au premier examen, il faut :

a) Etre âgé de 18 ans au moins ;

b) Produire un certificat de bonne conduite ;

c) Justifier d'une instruction primaire ;

d) Avoir six mois de service effectif dans un asile ou un sanatorium pour nerveux

6. Le programme de l'examen est fixé comme suit :

Première épreuve. — *Instruction générale.*

a) Une composition écrite sur un sujet donné;

b) Une epreuve de calcul simple ;

c) Notions élémentaires de géographie ;

d) Notions élémentaires de sciences naturelles: pression atmosphérique. baromètre: dilatation des corps, thermomètre ; les trois états des corps, ébullition; les vases communicants ; poids spécifique. — Oxygène, acide carbonique, composition de l'air: l'eau, l'hydrogêne, les acides. les alcalis, les sels.

e) Premiers soins en cas d'accident (les éléments).

Deuxième épreuve. — *Soins généraux aux malades.*
(Ne peut se faire qu'un an aprèsle premier examen)

A. — Anatomie et physiologie élémentaires; hygiène générale.

B. — Soins à donner aux malades.

a) Propreté, bains, lits. transport d'un lit à un autre, soins de la bouche ;

b) Température, pouls, respiration ; crachats, urines, fèces, matières vomies. — Lavements, ventouses, sangsues, injections hypodermiques :

c) Maladies infectieuses, contagion.

d) Bains médicaux. Enveloppements humides.

B. — Soins à donner aux plaies; asepsie et antisepsie; opérations. Bandages et instruments.

D. — Soins à donner en cas d'accidents subits.

Troisième épreuve. — *Soins à donner aux aliénés et nerveux.*
(Un an après le second examen et seulement à 23 ans révolus)

A. — Anatomie et physiologie élémentaires du système nerveux.

B. — Soins à donner aux aliénés et aux nerveux.

a) Façon de se conduire vis-à-vis des malades : attention continue, prévention des accidents, defiance : conversations à éviter, etc.

b) Observation des malades :

1. Parole : délire, confusion, manie; troubles de la parole ;

2. Attitude du malade : dépression, excitation, indifference, colère, anxiété ;

3. Attaques convulsives : nature; tics, tremblements. Mouvements spéciaux : impulsions. Absence de mouvements. — Catatonie.

4. Paralysies, contractures;

5. Hallucinations;

6. Sensations : anesthesies, hyperesthésies; défaut de sensation (froid, faim). — Sexualité : excitation, indécence, exhibitionnisme.

e) Diverses formes des maladies mentales : soins spéciaux dans les crises dépressives ou maniaques, aux paralytiques, etc.

d) Moyens de traitement : asile, colonie.

Le repos; traitement moral, isolement : alimentation; promenades; travail.

DISPOSITIONS SPÉCIALES

1. Les candidats ayant deux ans de service effectif et *ayant suivi avec régularité les cours d'une école d'infirmières ou infirmiers* pourront présenter les deux premières épreuves ensemble; ceux qui ont trois ans de service pourront présenter les trois épreuves simultanément.

2. La Commission pourra dispenser de l'une des deux premières épreuves ou de ces deux épreuves simultanément, les candidats diplomés d'écoles pour garde-malades reconnues par elle.

3 Un registre spécial sera tenu, mentionnant en détail les procès-verbaux des sessions d'examen, avec les noms, dates de naissance et certificats des candidats, ainsi que les résultats obtenus et les diplomes délivrés.

4. Un membre de la Commission, empèché d'assister à une session d'examen, peut designer et déléguer son remplaçant, parmi les membres des Sociétés.

Novembre 1907. (S.) BIENFAIT, MABILDE. LEY.

Discussion

M. SANO. — Je voudrais voir les sessions d'examen annoncées suffisamment d'avance pour qu'elles puissent devenir *publiques*; il est important que les médecins qui le désirent et aussi les futurs candidats, puissent assister aux sessions d'examen.

M. LE PRÉSIDENT partage l'avis de M. Sano; son desideratum sera tenu en bonne note.

M. LIBOTTE propose de fixer au moins à 5 francs par examen le taux du droit d'inscription. (*Adopté.*)

Le subside de 25 francs demandé par la Commission est voté à l'unanimité.

Séance du 25 janvier 1908. — Présidence de M. le Dr Bienfait

Un cas de stupeur maniaque

(Présentation de la malade)

M. LEY. — Voici une malade de 46 ans, non mariée, sans enfants. Vous constatez son attitude figée, sa façon de répondre à voix basse, en marmottant, ses allures hésitantes et un peu guindées.

Elle comprend parfaitement ce qu'on lui dit, répond aux questions de façon adéquate, est orientée dans le temps et l'espace, a du monde extérieur une connaissance suffisante, en rapport avec sa vie recluse depuis un an. Elle connaît bien son âge et sa date de naissance, sait à peu près depuis quand elle est internée, connaît le nom du Roi et des autres membres de la famille royale avec leur généalogie, connait aussi le prix des denrées usuelles et a des notions claires de géographie. Vous constatez qu'elle garde toujours cette attitude stuporeuse, qui lui est habituelle pendant la période présente de sa maladie. Cependant, cette stupeur ne l'empêche pas de s'intéresser au monde extérieur et vous constatez qu'elle examine parfaitement le local où elle se trouve et les personnes qui y sont présentes.

Elle n'est pas négativiste et obéit aux ordres simples qu'on lui donne. Elle s'inquiète de ce qu'on lui veut ici et demande à voir le prince qu'elle doit épouser. Cette idée d'un noble personnage qui doit venir la prendre pour l'épouser lui est familière et semble dominer tout son délire. Il s'est formé là chez elle un complexus affectif érotique autour duquel gravitent toutes ses aspirations psychiques. A son entrée au sanatorium du Fort Jaco, elle était fort agitée, protestait contre sa collocation, voulait aller retrouver le prince, et se mettait de préférence nue dans sa chambre, prétendant que le prince la trouverait plus désirable dans ce costume.

Vous constatez les protestations de la malade qui, malgré l'état stuporeux où elle se trouve, sait parfaitement me dire que tout cela est exagéré, qu'elle n'a jamais été aussi méchante, qu'elle ne me regardera plus si je continue à raconter d'elle des choses semblables. Elle se laisse d'ailleurs assez facilement influencer par les impressions et les excitations de l'ambiance.

Voici un exemple de l'écriture de la malade; vous constatez qu'elle a nettement les caractères de la dépression, elle est petite, mal formée et semble avoir été écrite par une mélancolique; la carte porte : « Chère mère, je vous aime toujours. Emma. » Il est intéressant de constater la différence entre l'allure de l'écriture, nettement dépressive, et le texte, répondant plutôt à un sentiment affectif exubérant.

Les allures psycho-motrices de la malade sont pleines de tendances contradictoires; à côté de l'inhibition motrice, qui est évidente chez elle, on constate une richesse des sentiments affectifs qui va jusqu'à l'érotisme le plus complet lorsqu'elle parle du prince qui doit l'épouser. Lorsque, le matin, le médecin s'approche de son lit où elle se trouve en parfait état stuporeux, elle tend les bras et avance les lèvres pour l'embrasser, le tout sans parler ou en marmottant de façon peu intelligible. Souvent elle demande à l'un des médecins : « est-ce vous le prince ? » Lorsque l'un de nous se lave les mains dans la salle elle accourt à petits pas pour se laver les mains dans le même bassin. Constamment elle se montre influencée par les évènements extérieurs.

Au point de vue physique, on constate peu de chose : les réflexes tendineux sont un peu exagérés ; les cutanés existent normalement. Les sensibilités cornéenne et pharyngienne sont intactes.

De pareilles tendances stuporeuses se rencontrent dans l'hystérie et dans la catatonie, mais nous croyons pouvoir éliminer ces deux états ; il n'existe pas de signes physiques d'hystérie et l'histoire de la malade ne signale aucune crise convulsive. De même la stupeur catatonique symptomatique de démence précoce nous semble pouvoir être éliminée aussi. Il n'existe ni négativisme ni catalepsie et la richesse des sentiments affectifs de notre malade plaide contre l'idée d'une démence précoce, de même que sa facilité à se laisser influencer par l'ambiance. Son attitude est bien un peu bizarre et sa démarche guindée, mais il n'y a pas là le maniérisme des déments précoces.

Nous croyons avoir affaire dans le cas présent à un de ces états de *stupeur maniaque* décrits par Kraepelin au cours de la folie maniaque dépressive. Ces mots « stupeur » et « maniaque » qui jurent un peu pour ceux qui sont habitués à d'autres conceptions psychiatriques, sont adéquats cependant à cette inhibition motrice que vous constatez, accompagnée de sentiments affectifs si développés et d'érotisme ayant nettement le caractère maniaque.

Ce sont les états mixtes (mischzuständen) dans lesquels les symtômes de dépression et d'excitation sont associés à tel point que les malades sont en même temps maniaques et déprimés.

L'histoire de notre malade est d'ailleurs intéressante à suivre : elle est entrée à l'établissement du Fort-Jaco il y a près d'un an; elle est signalée comme ayant toujours été un peu excentrique et exaltée. Elle n'a jamais exercé de profession. Elle eût toujours durant sa jeunesse un vif désir de se marier mais ses vœux ne se réalisèrent pas; elle est restée *virgo intacte*. Son père est mort jeune d'une affection du foie à 40 ans; sa mère est bizarre et est atteinte de crises mentales de nature difficile à préciser. Une sœur mariée est atteinte de phobies diverses. Deux frères sont morts d'affections mentales à marche rapide; tous deux sont décédés jeunes dans une maison de santé, après avoir fait de bonnes études universitaires.

Lorsque la malade est entrée chez nous, elle était en proie à une agitation vive, protestait violemment contre son séjour au sanatorium, on l'avait enlevée de chez elle pour l'empêcher d'épouser le prince de L..., qui venait la prendre en automobile pour la conduire à l'hôtel de ville. Le prince était en bas et l'attendait ; il fallait la laisser partir. Ses discours érotiques au sujet du prince ne tarissaient pas et son délire pivotait complètement autour de ce concept morbide. L'agitation a duré plusieurs mois, la malade refusait de rester au lit, se déshabillait nue dans sa chambre, prétendant que ce costume plairait mieux au prince lorsqu'il viendrait la prendre.

Après quelques mois cependant l'agitation se calmait pour faire place à cet état stuporeux dont vous constatez encore l'existence actuellement.

Il est à noter que la malade a subi il y a dix-huit mois, donc six mois avant que la aise actuelle n'éclate, l'ablation abdominale d'un gros fibrôme utérin et de l'ovaire droit atteint de dégénérescence scléro-kystique. L'ovaire gauche est resté en place (1). Les règles sont supprimées, la malade est d'ailleurs en ménopause.

Il y a environ vingt ans, la famille signale qu'elle fit une crise mentale n'ayant pas nécessité son placement; elle fut traitée en famille pour des symptômes dépressifs. Au cours de sa vie elle eut plusieurs fois des périodes de dépression et de tristesse, puis d'autres périodes d'exubérance et d'exaltation. Ces phénomènes étaient très marqués chez elle, sans qu'ils aient jamais pris — sauf la crise dépressive d'il y a vingt ans — une allure pathologique bien caractérisée.

Si le diagnostic de folie maniaque dépressive est exact, nous devons voir guérir la crise actuelle, mais devons songer pour l'avenir au retour de nouvelles périodes pathologiques d'excitation ou de dépression.

Il est certain que les conceptions unitaires de Kraepelin ont éclairé la pathologie mentale d'un jour lumineux et que nous pouvons actuellement mettre sur beaucoup de formes mentales, jadis qualifiées des noms les plus différents, un diagnostic raiionnel.

(*A suivre.*)

---

(1) Ces renseignements exacts ne me sont parvenus qu'après la séance à laquelle la malade fut présentée.

TRAVAUX ORIGINAUX

La conception idéo-énergétique et la psychomécanique

par Mlle le Dr I. Ioteyko

Chef des Travaux de Laboratoire de psycho-physiologie de l'Universitéde Bruxelles
Directrice des Laboratoires de Pédologie aux Ecoles normales du Hainaut
(Mons et Charleroi)

—

L'aurore du XXe siècle a été marquée par une nouvelle conquête des méthodes expérimentales : après avoir édifié les sciences de la nature dites exactes (chimie, physique), après avoir transformé la physiologie et la psychologie, les méthodes expérimentales ont pénétré dans le domaine de la pédagogie. Le résultat en fut simplement merveilleux; il dépasse en portée les plus belles découvertes scientifiques connues. Et, si vis-à-vis des progrès récents de l'aviation, ont s'est écrié avec un bel enthousiasme : « L'homme vole ! »; ce n'est pas avec une fierté moindre qu'on peut s'écrier : « L'homme éduque ! ».

La pédologie, qui est l'étude expérimentale de l'enfant, mènera à l'édification d'une science de l'éducation ou *pédagogie scientifique*. C'est une science appliquée. Or, il reste beaucoup à faire au point de vue de l'esprit et du caractère. Peut-être un jour ces mots vagues qui se rattachent au caractère et qui désignent les qualités morales ou les défauts, tels que courage, dévouement, persévérance, paresse, fierté, altruisme, égoïsme, seront-ils connus dans leur essence. Les conditions psycho-physiologiques de leur apparition et de leur développement seront étudiées. L'hérédité psychologique elle-même nous dévoilera ses mystères. On pourra alors agir sur le caractère et sur l'intelligence. Il faut avant tout connaître, et après appliquer les règles acquises au redressement intellectuel et moral. Que de lacunes, que d'imperfections possédons-nous tous dans notre éducation ! Heureux ceux qui, par une auto-éducation, ont pu corriger en partie ces manques; mais d'autres n'ont pas eu cette chance, et d'ailleurs même ceux qui en ont eu la possibilité ne peuvent jamais, au grand jamais, rattraper le temps perdu au moment de la formation de leur esprit.

Il faut former l'esprit, il faut former le caractère.

Soudain le rôle des éducateurs est devenu grand. De même que le médecin a comme sujets d'observation les malades dans les cliniques, le physiologiste les animaux de laboratoire, le psychologue a l'homme. Mais quand il s'agit d'étudier l'homme au cours de son enfance, quelques observations éparses ne suffisent pas. Il faut aller aux écoles. Et l'intervention de l'instituteur devient indispensable.

La pédagogie scientifique qui s'élaborera de toutes ces recherches ne sera plus l'apanage exclusif de l'enseignement primaire et moyen ; elle rayonnera dans les universités, qui suivront l'exemple donné par les universités françaises, lesquelles ont institué des chaires de la science de l'éducation.

Le fait le plus saillant qui se dégage de toutes ces études c'est la *mesure expérimentale des aptitudes*. Ces travaux intéressent tout le genre humain et ont une portée sociale considérable. C'est en prenant les aptitudes comme point de départ qu'on arrivera à une éducation rationnelle. Cette détermination des aptitudes est tout à fait nouvelle. Il ne s'agit plus seulement de connaître les lois générales, de savoir comment l'homme agit, sent, juge, etc., mais il s'agit de déterminer des types et des différences individuelles. C'est une psychologie individuelle qui est en train de se former, et il est très probable qu'on possédera en anthropométrie mentale des *procédés de signalement* strictement personnels, ainsi que cela existe en anthropométrie physique, grâce aux travaux de Bertillon. Ces derniers procédés n'ont pas seulement en vue de reconnaître les criminels, mais il y a intérêt à ce que chaque individu dans la société possède son signalement afin d'éviter toute erreur de personnes et ne pas être confondu avec un criminel. C'est donc une méthode d'identification. En anthropométrie mentale il y aurait un intérêt puissant à posséder des signalements, car, même en l'absence de toute portée judiciaire, on en tirerait un grand profit pour l'éducation. Il est probable que des méthodes de signalement psychologique sortiront des études entreprises dans les écoles en vue de la constitution du dossier médico-pédagogique.

Peut-être un jour, en présence des données de l'anthropométrie (physique et mentale) sera-t-on en mesure de déterminer si tel individu a été capable de commettre tel crime, et, s'il l'a commis, à quels penchants il a obéi.

Nous pensons qu'une combinaison judicieuse des différents signes, dont les uns empruntés à l'anthropologie physique, les autres à la méthode des tests et à la psycho-physique, pourrait rendre de très grands services à cet égard. Ainsi, par exemple, la *courbe ergographique* possède des caractères strictement individuels, qui peuvent être ramenès à plusieurs *paramètres* (Ch. Henry et I. Ioteyko). La *durée des actes psychiques* mesurée au chronoscope présente,

elle aussi, une caractéristique individuelle, à tel point que le temps de la réaction nerveuse a été surnommé *équation personnelle*.

Si on y joint quelques autres épreuves, on pourra arriver à un signalement psychique complet. La grosse difficulté est de trouver les signes les plus caractéristiques et en même temps les plus prompts à déterminer.

Le Professeur Vitali, dans ses études d'anthropométrie, a observé que le *développement céphalique* de la femme se complète entre 13 et 14 ans, tandis que chez l'homme il s'achève seulement entre 16 et 18 ans. L'âge de la mémoire est la onzième année. L'auteur a étudié aussi l'*intention volontaire*, l'*esprit d'observation*, l'*imagination*, l'*énergie*, *la persistance* et la *cohésion des tendances*, la *mémorisation*.

On arrive ainsi à dresser un programme d'études en rapport avec le développement cérébral de l'enfant. On parvient à comprendre qu'il faut porter sur tel ou tel point l'*effort de l'éducation intellectuelle* pour réaliser l'équilibre dans la mesure du possible. Il est nécessaire de choisir des *méthodes d'enseignement* adaptées à la mesure des enfants; on pourra ainsi développer leurs qualités tout en corrigeant leurs défauts. On commence à comprendre que ni les indications du sens commun, ni les données de la psychologie générale ne suffisent à l'étude des problèmes de l'éducation. Ce but ne peut être atteint que grâce à l'*observation* et à l'*expérimentation*.

Parmi ces parties de la pédagogie et de la psychologie qui sont mûres par les applications, dit Binet (1), nous pouvons inscrire en première ligne les *méthodes qui nous permettent d'apprécier la valeur intellectuelle des enfants et leurs différentes aptitudes*. S'il est établi que tel enfant a une mémoire lente et paresseuse, il est très utile de le savoir; on ne peut pas l'obliger à apprendre par cœur ce qui est au-dessus de sa capacité. Tel enfant a l'imagination si forte qu'elle paralyse le jugement. Tel autre a l'esprit terre à terre, un peu vulgaire mais exact; c'est un excellent observateur. Ce troisième calcule mal, mais il a un vif sentiment esthétique. Il ne faut pas imposer à tous une même formule, et il faut se souvenir qu'éducation signifie adaptation, et qu'il faut bien connaître la personnalité de chaque enfant. Tout le réclame, l'intérêt bien entendu des maîtres, celui des enfants, celui des parents, celui de la société tout entière, qui trouve son profit, c'est bien évident, à ce que les aptitudes de chacun soient bien reconnues, afin que chacun soit dirigé vers la place où il sera le plus utile (Binet).

Ainsi prenons comme exemple, l'acuité visuelle et auditive. Les

---

(1) BINET, SIMON et VANEY. Recherches de pédagogie scientifique. (*Année psychologique*, X, 1906.)

enfants qui ont la vue courte ne peuvent pas lire ce que le maître écrit au tableau noir, si on n'a pas la précaution de les placer sur les premiers bancs de la classe. Ce nombre est considérable. Il est donc indispensable de déterminer le nombre de myopes. Quant à l'acuité auditive, on a reconnu qu'elle est défectueuse chez un grand nombre d'élèves; ces enfants, ne pouvant entendre la voix de leur maître, ne font aucun progrès dans leurs études et sont souvent classés dans la catégorie des anormaux.

La détermination des aptitudes mènera à la formation des classes homogènes, où les enfants aux mêmes aptitudes recevront le même enseignement. Plus tard, la connaissance des aptitudes spéciales déterminera le choix des carrières, ce qui, aujourd'hui, est réglé par le hasard (1).

Il est certain aussi qu'en laissant un libre cours aux aptitudes il y aura moins de génies méconnus. Le talent et le génie retrouveront tous leurs droits, car, si les enfants anormaux sont intéressants à connaître, les enfants hypernormaux, particulièrement bien doués, le sont à un degré bien supérieur. La production littéraire et scientifique en sera considérablement augmentée. On ne produira plus de déviations, comme on le fait maintenant, mais on produira le redressement, une vraie orthopédie mentale et intellectuelle.

La connaissance des aptitudes et la direction rationnelle des jeunes gens dans le choix d'une carrière, tout en rehaussant considérablement le niveau intellectuel général, aura encore pour effet de diminuer l'âpreté de la lutte pour l'existence. Si les carrières sont aujourd'hui tellement encombrées, ce n'est pas à cause d'un nombre trop grand de spécialistes, mais parce que parmi les candidats aux différents emplois nous trouvons des gens soit incapables, soit mal préparés, soit postulant des places au-dessus de leur entendement, soit mal doués sous différents rapports. Or, il n'est pas toujours facile aux juges de distinguer et de faire un choix rationnel, vu que, profitant de cet état de choses, la malveillance, l'intrigue, la partialité, le favoritisme et l'arbitraire ont souvent gain de cause. Les élus ne sont que rarement les mieux doués. Or, il est non seulement dans

(1) Au XIII[e] Congrès international d'Hygiène et de Démographie, tenu à Bruxelles en 1900 (voir *Comptes rendus du Congrès,* tome V, p. 64), j'ai insisté sur l'examen médical préliminaire au moment du choix d'une carrière. En général, les parents méconnaissent la constitution de leurs enfants; or, il existe des incompabilités physiques pour certaines carrières, qui devraient être prises en considération. De même, les carrières libérales sont souvent abordées par les jeunes gens sans aucun discernement et demandent parfois une dépense d'énergie bien au-dessus de celle dont-ils disposent. Enfin, il est une catégorie très nombreuse d'individus. les neuro-arthritiques, qui, placées dans des conditions contraires à leur tempérament, sont réduits à l'inaction presque complète. Nous entrevoyons, par conséquent, dans ces inaptitudes pour certains métiers, une des causes de surmenage et d'improductivité sociale.

l'intérêt des individus, mais il est dans l'intérêt de la société, que les gens les plus aptes et les mieux préparés occupent les situations les plus élevées.

Il faut sortir de cette médiocratie qui nous étouffe et où chacun est façonné d'après le même moule, ayant reçu le même niveau d'éducation. On connaissait l'importance des aptitudes dans les beaux-arts et les lettres; maintenant leur importance dans les sciences commence à se faire jour. L'exemple des grands calculateurs est très instructif à cet égard. On peut aussi citer les études sur la psychologie de l'audition; ces études n'ont pu être faites que par des savants qui avaient eux-mêmes l'oreille musicale.

C'est la détermination des aptitudes qui permettra aussi la solution de la question du féminisme. Il est probable, qu'en raison des aptitudes différentes des deux sexes, la coéducation dans les écoles primaires et secondaires sera condamnée par la psychologie expérimentale. Et, si l'accès de certaines carrières sera déconseillé aux femmes, ce sera aussi en vertu de ses aptitudes spéciales ou de son manque d'aptitude, et non à cause des idées préconçues ou des préjugés.

A l'ancienne formule : A chacun suivant ses besoins, on substituera cette autre : De chacun suivant ses aptitudes.

La *culture intégrale* des facultés humaines ne sera plus un va'n mot.

***

La détermination des aptitudes aura donc pour effet d'augmenter considérablement *la productivité,* prise dans son sens le plus large, aussi bien au point de vue industriel et commercial qu'artistique, littéraire et scientifique. C'est là la mission sociale de la pédologie. Les aptitudes des individus ayant subi une direction normale, le *rendement social* en sera considérablement accru, ou, pour employer le terme de M. Ernest Solvay, il y aura augmentation des *unités idéo-énergétiques,* On pourra ainsi réaliser les recherches désignées par M. E. Solvay sous le terme d'*idéo-énergie.*

M. Ernest Solvay se demande (1) quelle place faut-il assigner aux phénomènes psychiques dans les manifestations de l'énergie dite physiologique.

Cette représentation est possible, mais indirectement, et c'est, en réalité, *par les effets qu'ils produisent* et non par les dégagements d'énergie comitante que les phénomènes cérébraux peuvent se mesurer.

---

(1) E. SOLVAY. Notes sur les formules d'introduction à l'énergétique physio et psycho-sociologipue. (*Travaux de l'Institut de Sociologie,* collection des *Notes et Mémoires,* 1906.) — L'Energétique considérée comme principe d'orientation rationnelle pour la Sociologie. (Bruxelles, 1904)

On peut dire, d'une manière générale, écrit M. E. Solvay, que, envisagé au point de vue individuel, l'exercice normal de l'effort cérébral, quelle que soit sa direction, aboutit, en dernière analyse, à protéger l'individu contre les causes de destruction d'ordre physique ou moral. Considéré au point de vue social, l'exercice normal de l'effort cérébral tend à accroître le pouvoir de l'homme collectif sur la nature. L'effort cérébral, en somme, tend à une meilleure utilisation sociale des énergies naturelles ou humaines disponibles et, par suite — et c'est là sa vraie caractéristique — à une augmentation du rendement énergétique social. Si l'on admet cette manière de voir, le fait de l'augmentation même du rendement social fait ressortir avec clarté la possibilité d'attribuer au travail cérébral une valeur exprimable en unités physio-énergétiques. On peut, en effet, constater, d'une façon en quelque sorte mathématique, que tout se passe comme si l'intervention de l'effort cérébral dans les phénomènes sociaux introduisait purement et simplement dans les formules du rendement social des termes correspondants à des valeurs physio-énergétiques réelles.

Cela est évident, écrit M. E. Solvay, si l'on considère le cas d'un effort intellectuel ayant abouti à une invention dans le domaine des arts mécaniques, par exemple. Toute invention de cette nature conduit, en général, à une augmentation, directe ou indirecte, du rendement social; autrement dit, cela permet d'obtenir d'une même énergie organique consommée un travail utilisable plus grand. C'est ainsi que la mise en jeu d'un engin permettant de réaliser avec le concours d'un seul homme tel travail ayant exigé jusqu'alors l'intervention d'un plus grand nombre de bras, économise évidemment, en fait, un travail physio-énergétique utile qui est représenté exactement par la valeur physio-énergétique utilisable des hommes dispensés de l'exécution de ce travail; elle augmente donc le *rendement social* tout comme si elle introduisait gratuitement dans les formules cette même valeur physio-énergétique; par conséquent, cette valeur pourra logiquement servir à caractériser et à mesurer l'influence énergétique sociale de l'acte de cérébration ayant conduit à l'invention.

Il en serait de même pour les productions de la science et de l'art.

En précisant le terme *psycho-énergétique*, on peut donc dire que l'exercice de l'intelligence se traduit par des économies d'effort dans l'unité de temps. L'économie réalisée mesure la *capacité intellectuelle*. Chez l'être intelligent, tout se passe donc comme si, du fait de l'intelligeuce, il y avait, pour un même Ec et par unité de temps d'application de la capacité intellectuelle, un gain réel d'énergie utilisable (1).

(1) $E_{\bar{C}}$ est la valeur totale des matériaux consommés.

$E_{\bar{U}}$ est l'énergie utilisable sous forme mécanique. — Voir aussi mon article : L'Energétisme psychique. (*Revue de l'Université de Bruxelles*, janvier-février 1906.)

Les inventions et les idées épargnent en elles-mêmes, indépendamment de l'individu, des unités énergétiques à l'humanité ; il entre donc dans l'énergie totale socialement utilisable de l'individu un terme que l'on pourrait appeler l'*idéo-énergie*, représentant le *gain social* d'unités énergétiques réalisé par unité de temps, en dehors de l'individu, par le fait de sa capacité productive. Ce gain social sera réalisé aussi longtemps que l'activité cérébrale dont il provient porte ses fruits, c'est-à-dire pendant un temps pouvant dépasser de beaucoup la vie de l'individu.

Il s'ensuit que, dans les formules fixant les valeurs physio- et psycho-énergétiques totales de la société et qu'il est facile de calquer sur les formules physio-énergétiques simples, chaque homme interviendra non seulement en raison de sa valeur physio-énergétique E_U, mais encore en raison des valeurs psycho énérgétiques individuelle et sociale, qui résultent de sa *capacité intellectuelle productive*.

En un mot, grâce à la détermination des aptitudes, qui seront dirigées d'une façon rationnelle, le *coefficient de socio-utilisabilité*, qui marque le caractère social de l'énergétique, sera notoirement accru. Ce coefficient fixe la fraction de l'énergie utilisable E_U vraiment utilisé au point de vue social, et peut être positif, négatif ou nul, selon que l'organisme se trouvera apporter sa quote-part à l'énergie sociale collective ou selon qu'il s'édifiera ou se maintiendra à la charge de la société.

Or, la connaissance des aptitudes permettra d'utiliser même les soi-disant non-valeurs, car tel individu mal doué pour telles fonctions sera peut-être très suffisant en embrassant une carrière en rapport avec ses aptitudes.

C'est à une meilleure utilisation de E_R, qui, dans la formule physiologique de M. Solvay équivaut aux matériaux rejetés par l'organisme, et dans sa formule sociologique représente les nom valeurs à coefficient de socio-utilisabilité nul ou négatif, qu'aboutira la détermination des aptitudes de chaque individu, commencée dès l'enfance et poursuivie jusqu'à l'âge mûr.

C'est par l'amélioration des rendements physio- et psycho-énergétiques que l'amélioration du rendement social pourra et devra être réalisé (E. Solvay).

Ni la psychologie ethnique, ni la psychologie générale ne pourront à l'heure actuelle satisfaire aux exigences de la sociologie. Cette mission ne peut être dévolue qu'à la psychologie expérimentale.

***

Il y a dans l'enseignement de la psychologie expérimentale un côté purement scientifique, même indépendamment de toute application. Il en est de même en ce qui concerne les nouvelles recherches

de pédologie. Elles mèneront non seulement à la constitution d'une science de l'éducation, mais elles auront pour résultat de faire avancer considérablement la psychologie. La psychologie de l'enfant est pleine d'imprévu et nous découvre constamment des choses nouvelles.

Pour pouvoir définir l'intelligence, la mémoire, l'attention, facultés compliquées et qu'en vain on avait cherché à analyser et à connaître jusqu'à présent, on ne peut mieux faire que de les étudier chez l'enfant, au moment de leur développement. Ce sont là, en somme, de véritables études sur la psychogenèse. Ces études doivent donc intéresser puissamment les savants qui y trouvent un nouveau champ pour leurs investigations.

Pour la science pure l'importance de ces faits est excessivement grande. Elle peut être comparée à l'influence exercée dans les sciences biologiques par la constitution de la *mécanique de développement* ou *biomécanique* (Roux, en Allemagne, Delage et Giard, en France, peuvent en être considérés comme les promoteurs). La biomécanique ne s'occupe pas exclusivement d'embryologie, mais elle s'occupe de toute étude des organes et des tissus qui se développent, ainsi que des lois qui régissent ce développement. On provoque aussi expérimentalement des modifications, pour voir les perturbations produites et les monstruosités.

Il y a lieu de constituer une *psycho-mécanique* du développement parallèle à la biomécanique. Ce terme de psycho-mécanique doit avoir dans la science une signification très précise (1). Il engloberait toute la psychogenèse, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, aussi bien le développement psychique proprement dit que les régressions mentales, aussi bien l'étude des processus normaux que celle des processus anormaux et hypernormaux (génie, talent) considérés au point de vue de leur formation et de leur évolution.

La seule différence avec la biomécanique, c'est qu'il nous serait interdit de provoquer artificiellement des monstruosités. Ce côté expérimental ferait défaut. Mais on se rattraperait largement sur l'expérience déjà acquise précédemment où, par défaut des règles d'une éducation rationnelle ou par la routine, on produisait de vrais monstres en élevant les enfants.

Cette triste et longue expérience est heureusement derrière nous. Elle ne sera pas sans profit, mais, il faut le dire, le profit ne sera pas très grand, car les monstruosités ont été provoquées sans aucun esprit de méthode.

---

(1) Je l'ai employé pour la première fois dans ce sens très précis dans ma conférence donnée au Foyer intellectuel de Saint-Gilles : « Ce que doit-être la pédologie psychologique. » (5 mars 1906.)

Tous ces aspects attrayants de la pédologie, aussi bien son côté pratique que son côté scientifique, nous forcent de toucher à quelques points de méthodologie scientifique.

Une nouvelle science est en voie de formation, et, contrairement à toutes les traditions scientifiques, elle doit s'élaborer non seulement grâce au concours des savants, mais aussi grâce au concours du corps enseignant des écoles. Cette collaboration est indispensable; d'après les uns, elle n'est pas encore possible aujourd'hui, pour d'autres elle l'est déjà dans certains points. Mais ce qui est certain, c'est que ces notions devront pénétrer dans le monde des écoles, car les instituteurs y sont directement intéressés. Il ne s'agit donc que d'une question de temps.

Le mot « pédologie », qui veut dire « science de l'enfant », ne doit pas nous induire en erreur. En réalité, la pédologie relève de plusieurs spécialités : il y a l'œuvre du médecin, il y a celui du psychologue et celui du pédagogue compétent.

C'est avec joie que nous devons accepter la collaboration des instituteurs. Mais ils ne devront jamais être abandonnés à eux-mêmes; on ne devra jamais faire de concession à la vraie méthode scientifique. Agir autrement serait encourager les ambitions démesurées de ceux qui n'ont d'autre but que celui d'arriver le plus vite au haut de l'échelle sociale et empruntent les reflets d'une fausse science. Favoriser ces tendances, c'est faire le plus grand tort à la nouvelle science, qui, au moment même de sa formation, demande des esprits avisés et sagaces. Or, c'est aux directeurs d'études de décider quelle est la vraie méthode scientifique : ce n'est pas toujours la plus difficile ni la plus rebutante, comme le prétendent ceux qui ne prennent de la science que les apparences.

Il faut introduire la plus grande précision possible; il est nécessaire de répandre l'idée de la nécessité de l'unification des appareils de mesure en pédologie, il faut faire intervenir la notion de *quantité* et même les formules mathématiques dans certains cas. C'est ainsi qu'ont procédé toutes les sciences biologiques; c'est ainsi que devra procéder la pédologie si elle veut s'élever à la dignité d'une vraie science. Il ne faut pas être trop rigoureux là où la chose est impossible et surtout quand il s'agit de phénomènes très compliqués. Mais ne pas employer toute la précision là où la chose est possible, c'est abdiquer de son rôle de savant.

Pourquoi les méthodes précises seraient-elles plus difficiles à manier que les méthodes vagues et indéterminées? Ainsi, par exemple, parmi les mesures pédologiques, il y en a une qui laisse beaucoup à désirer, c'est la mesure de l'acuité auditive. On procède en demandant au sujet s'il entend le tic-tac d'une montre ou la voix humaine à une certaine distance. Mais les montres ne sont pas comparables les unes aux autres, de même les voix humaines, et même telle mon-

tre ou telle voix n'est pas toujours comparable à elle-même. De là une foule d'erreurs dans les appréciations de l'audition dite normale. Pour les uns, elle s'exerce à une distance de 5 mètres, pour d'autres il faut 20 mètres! Cela tient peut-être aussi aux différences individuelles. Bref, on est dans le doute.

Il y a bien d'autres procédés de mesure plus rigoureux, mais ceux-là sont trop compliqués et difficiles à manier. Mais si l'on inventait un appareil simple, toujours comparable à lui-même et maniable, le monde des écoles en serait charmé, car il ne demanderait ni plus de temps ni plus de peine que l'instrument primitif.

Or, la mesure de l'acuité visuelle, malgré sa simplicité, est une mesure extrêmement bonne et rigoureuse : le tableau de Snellen présente un degré de précision suffisant.

Il faut donc orienter le mouvement pédologique dans une direction scientifique.

L'interprétation des phénomènes observés demande souvent beaucoup de sagacité et une culture scientifique profonde. Ainsi, par exemple, on avait basé des espérances sur l'étude du temps de la réaction nerveuse au point de vue de l'étude de l'intelligeance. Il paraissait naturel de supposer que les personnes à intelligence plus vive ont des réactions plus promptes. Or, juger de l'intelligence d'après la rapidité des réactions eût été éronné. On a reconnu entre autres que les Peaux-Rouges avaient des réactions d'une rapidté décevante! Il n'y a donc aucun rapport entre l'intelligence et la rapidité des processus psychiques? Deuxième erreur. Ce rapport peut exister, mais il n'y a pas que l'intelligence qui peut influer sur la rapidité des réactions nerveuses. Chez les Peaux-Rouges c'est l'acuité des organes sensoriels et un haut degré d'automatisme qui sont la cause de cette rapidité. Autrement dit, la rapidité plus ou moins grande de nos réactions nerveuses est la résultante de nombreux facteurs, parmi lesquels on peut placer l'intelligence, l'acuité sensorielle, l'automatisme. Comment alors débrouiller ce complexus qui paraît inextricable ? On y parvient en employant les méthodes de l'*analyse psychologique*, qui peuvent, à juste titre, être comparées aux procédés de l'analyse chimique. Dans le cas actuel, on aura recours à la méthode de l'*élimination*, qui permet de rejeter certains phénomènes (la chimie emploierait la précipitation) afin de déterminer dans toute sa pureté celui qu'on recherche.

Tous les phénomènes psychiques sont ainsi des complexus qu'il s'agit de soumettre à l'analyse afin de les décomposer en leurs facteurs constitutifs. L'esprit peu cultivé ne voit que la simplicité des phénomènes, il cherche instinctivement des rapports simples de cause à effet. C'est pourquoi on publie tant de travaux contradictoires, les découvertes des uns sont continuellement attaquées et prises à partie par les découvertes des autres. Souvent le point de départ a été faux

ou bien des mauvaises interprétations sont venues fausser un résultat qui s'annonçait intéressant.

Prenons d'autres exemples. La phrénologie, comme l'entendait Gael, a vécu. Doit-on en déduire qu'il n'existe aucun rapport entre le crâne, le cerveau et l'intelligence ? Ce rapport existe, mais pour le découvrir il faut faire la part d'autres facteurs, très nombreux.

Et le rapport entre le poids du cerveau et l'intelligence, que de polémiques n'a-t-il pas suscité jusqu'au moment où on a compris que le poids du cerveau pouvait être l'un des facteurs de l'intelligence, mais comme l'intelligence est la résultante des facteurs très nombreux, qui agissent peut-être dans des sens opposés, il n'est pas permis de dire que plus un homme ou un animal est intelligent et plus son cerveau sera lourd. Il peut même arriver que des hommes à intelligence supérieure possèdent des petits cerveaux. Quand on envisage ainsi ces faits, l'on comprend que de pareils cas exceptionnels n'abolissent en rien la loi générale qui veut qu'il existe un rapport entre le poids du cerveau et l'intelligence.

Mais la grande complexité des phénomènes nous montre qu'il ne faut pas s'attendre à trouver de proportionnalité directe entre les rapports affectés par les phénomènes. Ce rapport peut s'exprimer par des lois beaucoup plus compliquées (loi logarithmique, paraboles, hyperboles, etc.).

De cette façon, on introduit insensiblement les mathématiques dans l'étude des phénomènes psychiques, et cette infroduction, qui est d'ailleurs inévitable, est faite pour faciliter grandement l'interprétation des faits.

Et les expériences de laboratoire peuvent devenir elles-mêmes des tests quand on les emploie en vue d'élucider des questions d'ordre pratique. Il en est ainsi des mesures esthésiométriques quand on les pratique dans le but de déterminer le degré de la fatigue intellectuelle.

La méthode esthésiométrique, introduite par Griesbach dans la mesure de la fatigue intellectuelle, a éveillé beaucoup d'enthousiasme et aussi beaucoup de déceptions. Mais aussi que d'erreurs n'a-t-on pas commises dans l'interprétation des faits ? Certains prétendaient que la fatigue intellectuelle est proportionnelle aux écarts des deux points de l'esthésiomètre. Ainsi, les élèves qui avaient accusé après les classes une augmentation du seuil de 4 mm., étaient fatigués deux fois plus que ceux qui n'avaient accusé qu'un écart de 2 mm. Or, il y a là une double erreur d'interprétation. En premier lieu, on ne peut affirmer que la sensibilité cutanée soit inversement proportionnelle aux écarts. On sait que quand l'écart augmente, la sensibilité diminue, et inversement, chaque diminution de l'écart à l'esthésiométre correspond à une augmentation de la sensibilité. Mais on ne sait pas quel est le rapport mathématique qui unit ces

deux valeurs. Ainsi, il serait arbitraire de dire que pour un écart double, la sensibilité a diminué deux fois, que pour un écart triple la sensibilité a diminué trois fois, comme on serait tenté de le croire. La sensibilité croît peut-être plus vite que les écarts; elle croît peut-être moins vite.

Une nouvelle difficulté surgit quand il s'agit de fixer le rapport qui existe entre le degré de fatigue intellectuelle, la sensibilité du sujet et les écarts. Toutes les expériences montrent à l'évidence que la fatigue intellectuelle diminue la sensibilité tactile, et que le degré de la diminution de la sensibilité peut, jusqu'à un certain point, servir de mesure au degré de la fatigue intellectuelle. Toutefois, le rapport exact qui existe entre ces deux valeurs nous est inconnu; ces deux valeurs sont peut-être proportionnelles; on peut aussi supposer que la fatigue intellectuelle augmente plus rapidement que les écarts ne décroissent, ou inversement.

L'expérimentation a montré que ce rapport existe, mais elle n'a pu le préciser jusqu'à présent. Or, ces remarques n'ont pas seulement une importance théorique; elles ont une grande portée pratique. Car, si ce rapport pouvait être fixé mathématiquement, la méthode esthésiométrique deviendrait une méthode *parfaite* d'examen de la fatigue intellectuelle. Si le rapport entre les écarts et la fatigue n'est pas celui de proportionnalité inverse, alors l'une de ces valeurs doit diminuer plus vite que l'autre n'augmente. Un millimètre de baisse dans la sensibilité peut par conséquent correspondre à une fatigue différente, suivant que ce millimètre de baisse est le premier de la série ou suivant qu'il est le cinquième ou le huitième dans la série. En outre, un millimètre de baisse dans la sensibilité, même s'il occupe le même rang dans la série, peut correspondre à une fatigue différente, suivant que l'enfant examiné est plus sensible normalement ou moins sensible qu'un autre.

Il faudrait donc, maintenant que la méthode a donné ses preuves, tâcher de déterminer scientifiquement le rapport exact qui existe entre la sensibilité et la fatigue intellectuelle. On pourra y arriver, d'une part, au moyen d'expériences conçues dans un but théorique et avec l'aide des mathématiques, et, d'autre part, au moyen d'expériences scolaires, où on tâcherait de trouver empiriquement, et au besoin en le vérifiant par d'autres méthodes, à quel degré de fatigue peut correspondre chaque millimètre de baisse dans les valeurs esthésiométriques.

En ce qui concerne les autres variations de la sensibilité tactile, les causes en sont multiples et toutes ne sont pas connues. Il faut souvent beaucoup de sagacité pour interpréter. Ces exemples sont parmi ceux que nous avons exposés aux écoles normales et font partie de notre enseignement. Voici le raisonnement auquel nous avons recouru :

Les différences *régionales* chez la même personne dépendent certainement de *la richesse en terminaisons nerveuses* de larégion donnée, de l'*exercice* et aussi, bien qu'à un degré moindre, de l'*épaisseur de la peau* (l'épaisseur de la peau n'a pas une action prépondérante; ainsi les bouts des doigts, à épiderme durci, sont pourtant très sensibles).

Quand il s'agit d'expliquer le mécanisme des différences de sensibilité qui s'observent entre les *sexes*, aux différents *âges*, chez les différentes *races*, etc., on peut aussi invoquer en partie des causes périphériques et pour ainsi dire anatomiques, mais il y a avant tout *des différences dans l'excitabilité des centres nerveux*. Avec le même appareil périphérique qu'une autre personne, on peut avoir une sensibilité bien différente, si l'impressionnabilité des centres nerveux et différente.

A quoi peut tenir cette impressionnabilité différente des centres nerveux? Elle est sous la dépendance de facteurs très nombreux, et, pour déterminer ces facteurs, il faut procéder par élimination. Il y a de nombreuses inconnues.

Si la sensibilité tactile est plus grande chez le sauvage que chez l'homme civilisé, c'est *parce que le premier exerce mieux ses organes des sens,* et il y a encore ici *une question de race,* impossible à définir pour le moment.

Si la sensibilité tactile est plus grande chez les enfants intelligents que chez les enfants non intelligents, c'est parce que, même à défaut d'un exercice plus prononcé, *l'acuité sensorielle se trouve sous la dépendance de l'activité cérébrale.*

Elle est plus fine chez les enfants que chez les adultes — *influence inconnue de l'âge.*

Pour la même race, le même âge et le même degré d'intelligence, la sensibilité tactile est plus fine chez les filles que chez les garçons — question de *sexe,* dont le mécanisme nous reste encore inconnu.

Malgré toutes ces inconnues, ce n'est qu'en délimitant le problème qu'on parviendra à le connaître dans toute son étendue.

L'acuité de la sensibilité tactile *peut-elle servir à déterminer, à définir l'intelligence* Jusqu'à un certain point, oui. Il ne faudrait pourtant jamais conclure qu'un enfant doit être nécessairement plus intelligent qu'un autre pour la raison qu'il est plus sensible. Mais, si nous avons deux groupes d'enfants du même âge, du même sexe, de la même race, appartenant à la même classe sociale et ayant subi le même genre d'éducation, et qu'un de ces groupes accuse un chiffre moyen de sensibilité tactile plus bas (c'est-à-dire une sensibilité plus grande) que l'autre groupe, il y a des raisons sérieuses pour supposer que le premier groupe est aussi plus intelligent.

La comparaison doit porter sur un grand nombre de personnes pour éliminer la part du hasard.

Les documents accumulés petit à petit dans les dossiers médico-pédagogiques des enfants permettront de dresser des statistiques, lesquelles, maniées par des mathématiciens, pourront être représentées par des courbes. Ces courbes différeront suivant l'âge des enfants, et les paramètres de ces courbes suivront les mêmes variations. C'est ainsi qu'on pourra définir mathématiquement la vraie caractéristique des différents phénomènes biologiques et leur variation suivant l'âge, le sexe, la race, etc., problèmes qui reviennent continuellement à l'ordre du jour et dont la solution est impossible par les méthodes ordinaires de recherches.

Les méthodes mathématiques mises en rapport avec l'observation des faits permettront de donner une interprétation biologique, psychique et sociale aux phénomènes. L'œuvre commencée par Quetelet sera ainsi continuée et considérablement élargie.

Qu'est-ce qu'une courbe binomiale ?

Si l'on distribue suivant leurs écarts par rapport à la propriété moyenne un grand nombre d'objets de *même espèce* (1), les objets doués de la propriété moyenne sont en plus grand nombre ; de part et d'autre de cette moyenne, les écarts, à mesure qu'ils grandiront, sont représentés par des nombres d'objets décroissants, et l'écart maximum en plus et en moins, par un nombre très petit. Si, ayant porté en abscisses les écarts rapportés à la moyenne et en ordonnées le nombre d'individus doués de l'écart considéré, on fait passer une courbe de sentiment à travers les sommets des ordonnées, on obtient la célèbre *courbe en cloche*, à laquelle Quetelet a donné le nom de *binomiale* en raison de l'importance du binome de Newton dans la théorie de son équation.

Or, dit Ch. Henry, *les propriétés considérées dans les ensembles binomiaux sont proportionnelles à des quantités élémentaires, temps ou espaces, précisables immédiatement ou non.*

Les courbes binomiales peuvent servir à la mesure de l'intelligence et de l'énergie dépensée. L'intelligence, dont il s'agit de trouver la mesure, peut être considérée comme proportionnelle au temps pendant lequel elle peut s'exercer pour un individu donné, et comme proportionnelle à des temps pour divers individus de même espèce. Les mesures de l'intelligence sont donc passibles de la répartition binomiale.

Or, quand on traduit en langage ordinaire la signification des courbes binomiales, on peut dire qu'elles ne sont autre chose que l'utilisation scientifique de la *méthode des moyennes*. Les psychologues et les pédologues ont constamment affaire avec la méthode des

(1) Ch. Henry. Mesure des capacités intellectuelle et énergétique. (*Travaux de l'Institut de Sociologie. — Notes et Mémoires*, fasc. 6., Bruxelles, 1906.)

moyennes, car, pour connaître la sensibilité, la force, etc., d'un individu ou d'une classe, on ne peut se contenter d'une seule évaluation, mais il faut prendre la moyenne d'un grand nombre de chiffres, dont chacun correspond à une expérience. La moyenne générale ressort donc très bien, mais les différences individuelles et autres disparaissent.

Les courbes binomiales ont justement l'avantage de nous donner, à côté de la moyenne générale, toute la répartition désirable des phénomènes. Cette répartition, exprimée par une courbe, est appréciée par l'inspection de la figure obtenue. Et l'on comprend qu'une courbe de ce genre, basée sur des éléments scientifiques, comprenant en elle toute la complexité réelle des phénomènes, soit passible d'une interprétation mathématique qui, à son tour, retentira sur l'interprétation biologique, psychologique et sociale des phénomènes encore en grande partie obscurs qui composent la courbe. Les mathématiques nous apparaissent donc comme un puissant outil de travail dans la connaissance des phénomènes de la nature, y compris les phénomènes psychiques.

SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 25 janvier 1908. — Présidence de M. le Dr Bienfait

—

Un cas de stupeur maniaque

M. LEY. — (Cet article a paru dans le numéro précédent.)

Discussion

M. BIENFAIT. — La malade que nous a amené M. Ley présente certains signes extérieurs de la dégénérescence. C'est ainsi qu'il existe une asymétrie du visage, d'autre part le lobule de l'oreille est adhérent et le bord du pavillon est mal formé.

M. CROCQ pense que le nouveau syndrôme décrit sous le nom de folie maniaque dépressive se rencontre fréquemment. Certes Kraepelin a rendu un grand service en la signalant ; il y aura, toutefois, peut-être lieu, dans l'avenir, de le délimiter et de le préciser plus nettement. Dans le cas présent l'orateur estime que l'évolution du cas seule pourra prouver s'il s'agit réellement de ce syndrôme.

M. DECROLY. — Je ne suis pas opposé à l'emploi d'une nomenclature nouvelle pour des cadres nosologiques nouveaux.

Cependant je suis d'avis qu'il peut y avoir un danger à pousser cette tendance trop loin et à négliger aussi des notions fondamentales qui éclairent l'étiologie ou la pathogénie.

Dans ce cas, où l'on propose le diagnostic de folie maniaque dépressive, ne s'agit-il pas exclusivement d'une forme de psychose dégénérative ; la débilité mentale, incontestable ici, ne suffit-elle pas à rendre compte de tous les phénomènes observés. Les crises variées qui ont marqué l'évolution de ce cas ne s'expliquent-elles pas uniquement par des inférences d'un milieu inadéquat et d'obsessions émotionnelles sur un édifice mental déjà branlant. Rien ne dit que cette malade vivant à la campagne, mariée même, menant une vie monotone, mais active et en rapport avec son intelligence, n'eut traversé l'existence sans aucun bruit et sans jamais attirer l'attention d'un psychiâtre.

Un cas d'hystérie

(Présentation de la malade) (1)

Mlle le Dr LIPINSKA. — Louise D..., âgée de 23 ans. Hérédité : père mort d'une frayeur à 45 ans, à Louvain ; mère âgée de 57 ans, femme à journées, bien portante ; un frère est mort à 7 ans ; neuf sœurs sont bien portantes.

La malade est la septième enfant ; dans l'enfance, une blépharite, qui a disparu peu à peu dès qu'elle fut réglée. Elevée dans l'orphelinat des filles à Louvain.

Réglée à 13 ou 14 ans. Dysménorrhée le premier jour. Durée des règles : 3 à 4 jours. La constitution est normale, la couche graisseuse peu développée. Poids : 55 kilogr.

D'un tempérament plutôt gai, toujours contente, mais très impressionnable et peureuse. Dès l'âge de 18 ans on l'a placée, comme bonne. Depuis deux ans, immédiatement après la menstruation, elle éprouve un besoin irrésistible de sommeil. Le sommeil la prend vers 9 heures du matin ; après, vers midi ; puis à 3 heures de l'après-midi et 7 heures du soir. Le travail le plus pressé ne l'empêche pas de dormir.

Elle s'endort, par exemple, avec les plats dans les mains, en desservant la table, ou en faisant les courses.

La durée de ces accès de sommeil est de quelques minutes, quelquefois un quart d'heure. Il y a huit jours elle a pris un verre et une serviette ; elle les déposa dans un coin et répéta : « Je veux les lui donner. » Réveillée par une domestique, elle ne se souvenait de rien. Depuis quelques jours, elle a quitté le service.

Le matin, en se réveillant, elle a la bouche pâteuse, elle éprouve des aigreurs, la langue est chargée, il y a de la constipation et un peu de météorisme abdominal.

La tête est lourde, la malade souffre de céphalalgie, des bouffées de chaleur fréquentes, surtout après les repas. Les reflexes rotuliens sont exagérés, les plantaires et fascia lata sont abolis. Le reflexe pharyngien, aboli le 25 janvier, est revenu le 26 janvier. Les reflexes conjonctivaux sont diminués.

(1) Je saisis cette occasion pour remercier M. le docteur Glorieux, de l'aimable acceuil qu'il m'a fait à sa clinique de la rue des Eperonniers.

L'examen de la sensibilité générale dénote une hyperesthésie disséminée du côté gauche. La sensibilité à la température est diminuée, elle ne distingue pas nettement des objets en bois, des objets en métal.

Les pupilles réagissent normalement. Pas de zônes hystérogènes.

Examen gynécologique. Un peu de vaginisme, qui rend l'examen difficile : le col est petit et mou.

Toucher rectal : on ne sent pas le corps de l'utérus.

La malade présente des crises d'astasie-abasie plusieurs fois par jour, accompagnées d'un tremblement général, très intense et très rapide. Ces crises ont commencé il y a deux ans. Un jour, en se promenant avec sa mère, la malade s'est aperçue qu'elle fléchissait une jambe ; peu de temps après, elle fléchissait les deux jambes et ne pouvait ni marcher, ni rester debout.

Une fois assise, elle se remet ; la tête fait des mouvements rapides de flexion sur la poitrine; les muscles des mains se contractent également. Elle éprouve la sensation de devoir tomber en avant.

Ces crises viennent subitement, sans être précédées par aucun accès, elles durent quelques minutes. Les paupières participent au tremblement ; pendant la crise la malade ne peut pas les ouvrir. L'aphonie est de règle. Elle entend tout.

Le sommeil de la nuit est accompagné de rêves; les rêves sont devenus plus accentués depuis deux ans; ce sont de véritables scènes en action.

Elle voit un enfant assassiné, des sorciers, des voleurs qui dévalisent les maisons, les agents qui les poursuivent. La nuit dernière, le 24 janvier, elle a rêvé qu'elle était poursuivie par un homme ; elle appela la dame, la religieuse vient, la calme. Là-dessus elle se réveille.

Au point de vue intellectuel, il y a diminution de la mémoire, d'entraînement. En allant faire des courses, elle oublie une partie des commissions.

Conservation des souvenirs antérieurs à la maladie.

La lecture ne l'intéresse plus; la gaîté a fait place à l'irritabilité ; tout ce qu'on fait autour d'elle l'agace.

Après le moindre effort physique ou psychique, elle se sent fatiguée, les mains humides.

Il y a un mois, elle a consulté M. le Dr Glorieux. Depuis une semaine on lui fait de l'électricité galvanique sur la tête : 2-3 miliampères pendant trois minutes.

La malade se sent un peu soulagée.

La somnolence a diminué. Elle prend :

> Liqueur de Fowler : 10 grammes.
> Teinture de fer pommé.
> (Tartrade de fer : 20 grammes.)
> X gouttes trois fois par jour.

Le 25 janvier nous commençons la suggestion.

Durée : 10 minutes, suivies d'un sommeil d'un quart d'heure. La suggestion consiste en ceci : « dormez tranquillement d'un sommeil naturel. Personne ne pourra plus vous endormir sans votre consentement. Vous vous réveillerez gaîe et contente. Vous allez vous sentir tout à fait bien. »

30 janvier. La malade ne s'endort qu'une fois par jour. La constipation a diminué. Le sommeil de la nuit est tranquille sans rêve.

31 janvier. La malade se sent mieux, elle rit. La nuit dernière, elle a rêvé qu'on lui faisait une opération.

Discussion

M. BOULENGER. — La malade que nous a présentée notre confrère Mme Lipinska, nous dit qu'elle a des rêves effrayants la nuit. J'ai beaucoup insisté pour savoir, si dans ces rêves elle a eu des visions d'incendies, de crimes ou d'objets rouges, parce que Vaschide et Pierron, dans un petit livre si intéressant sur la *Psychologie du rêve*, actualité médicale, insistent non seulement sur les rêves d'attaques qu'ont certains épileptiques avant d'avoir jamais eu d'attaques (p. 84), mais aussi dans certains cas ont des visions de choses rouges (sang, homards rouges, diables rouges, feu, etc.). La malade nous dit ne pas avoir eu dans ses rêves effrayants de visions de rouge; cela confirme le diagnostic d'hystérie, évident ici d'ailleurs. Kelles insiste sur ce fait que parmi les signes précurseurs de l'hystérie il faut considérer le somnambulisme, les cauchemars et les terreurs nocturnes. En tous cas, dans l'hystérie et dans l'épilepsie, il est bon d'interroger les malades sur le contenu exact de leurs rêves. Macario cite le cas d'une hystérique rêvant qu'elle parle à un muet, le lendemain elle se réveille aphone. Féré cite le cas d'une jeune fille rêvant qu'elle est poursuivie par des hommes qui veulent la tuer, ce rêve se reproduit plusieurs fois et la jeune fille gagne une paraplégie hystériqne. Je conclus, n'oublions pas les symptômes que peuvent nous donner les rêves chez tous les psychopathes.

M. LIBOTTE. — Les symptômes que la doctoresse Lipinska vient de nous exposer nous amènent à diagnostiquer dans ce cas : hystérie.

J'appelle votre attention ici sur la dysménorrhée.

Je voudrais voir faire ici des recherches du côté du col de la matrice et voir si celui-ci n'est point atteint d'atrésie. Que de malades furent guéries de l'hystérie par la dilatation du col utérin dans pareils cas !

Mlle LIPINSKA. — Le col n'est pas atteint d'atrésie.

M. BIENFAIT. — Le professeur Babinski déclare que tous les troubles présentés par les hystériques dépendent de la volonté ; je pense que nous serons tous d'accord pour admettre que le hoquet, ce spasme du diaphragme, ne peut pas être reproduit volontairement. Or, à deux reprises j'ai eu à soigner des personnes souffrant d'un hoquet continuel depuis plusieurs jours et se trouvant dans la situation la plus pénible ; ce hoquet, qui avait résisté à diverses médications, s'est guéri en un quart d'heure, par l'électrisation faradique légère des régions latérales du cou accompagnée d'une véritable suggestion à l'état de veille. J'ai eu l'impression que ces malades étaient des hystériques guéris non pas par l'électricité, mais bien par la suggestion.

M. CROCQ. — Babinski définit l'hystérie un état psychique spécial dont les troubles primitifs peuvent être reproduits par suggestion chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse; de même il est possible de les faire disparaître par la persuasion. Cette définition fait table rase de toutes les manifestations objectives de l'hystérie, telles que troubles des réflexes; elle se rapproche assez bien du paradoxe soutenu par Bernheim, selon lequel il n'y a pas d'hystérie !

Dans la dernière séance de la Société de Neurologie de Paris, une discussion très intéressante s'est élevée entre MM. Babinski et Raymond au sujet des trobles trophiques des hystériques. M. Babinski semble vouloir nier l'existence de ces manifestations cutanées que nous avons tous constatés à maintes reprises et qui se produisaient d'une manière si remarquable chez Louise Lateau.

L'existence de ces troubles trophiques serait-elle démontrée qu'elle ne viendrait du reste, nullement à l'encontre de la définition de Babinski, qui considère la suggestion comme la grande productrice des manifestations hystériques.

Ne peut-on pas, en effet, produire, par suggestion, des vésicules, des hémorragies, etc. ? Dans les campagnes, on guérit les verrues par la friction à l'aide d'une chemise de femme ayant ses règles ! Et les verrues guérissent par ce moyen. N'est-ce pas une modification trophique produite par la suggestion ?

Mais où je ne puis suivre Babinki, c'est quand il nie toute modification objective dans l'hystérie et lorsqu'il affirme que les hystériques ne présentent aucun trouble des réflexes. Sans parler de l'exagération des réflexes tendinieux et de l'abolition des réflexes pharyngiens, je vous ferai remarquer que *la malade de Mlle Lipinska présente le phénomène plantaire combiné*, c'est-à-dire l'abolition simultanée du réflexe plantaire en flexion et du réflexe du *fascia lata*. Chez elle, comme chez un grand nombre d'autres que je vous ai présentés, ce signe existe d'une manière indéniable ; je lui attribue une grande importance lorsqu'il s'agit de faire le diagnostic différentiel d'hystérie dans des cas difficiles (1).

En ce qui concerne le hoquet, je crois à sa guérison facile et rapide par la suggestion : il y a quelques années, vint me trouver, à l'hôpital de Molenbeek, une campagnarde atteinte, depuis plusieurs semaines, d'un hoquet continu. J'appliquai un tampon dans la nuque, l'autre à l'estomac ; je fis passer le courant faradique et je dis aux élèves qui m'accompagnaient que la guérison allait se produire avant une demi-heure et qu'après notre tour dans les salles tout serait fini. La prédiction se réalisa et la malade, hystérique avérée, resta guérie de son hoquet.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel des gardes-malades dans les hôpitaux pour maladies mentales, par Jules MOREL, directeur de l'Asile d'aliénés de l'État, à Mons (in-16 de 200 pages. Bruges, Houdmont, éditeur, prix : fr. 1.50.

L'histoire des trente dernières années nous apprend que l'enseignement professionnel des gardes-malads dans les hôpitaux pour maladies mentales a fait un immense progrès.

On peut dire qu'il y a unanimité parmi les médecins-aliénistes pour affirmer

que la valeur des gardes-malades s'est notablement améliorée depuis l'organisation de cet enseignement théorique.

La généralité des rapports annuels sur les hôpitaux pour aliénés en Europe et dans l'Amérique du Nord mentionnent cette supériorité des gardes-malades actuels. Ils en fournissent la preuve non seulement par l'organe des médecins-directeurs, mais encore par l'augmentation, en quantité et en qualité, du nombre de jeunes gens qui se destinent à la carrière des gardes-malades.

Le succès obtenu dans les nombreux asiles étrangers a été tel qu'on a crû pouvoir exiger plus de garanties en donnant à cet enseignement spécial une plus grande extension par l'augmentation, en quantité et en qualité, du nombre de jeunes egns qui se destinent à la carrière des gardes-malades.

Le succès obtenu dans les nombreux asiles étrangers a été tel qu'on a crû pouvoir exiger plus de garanties en donnant à cet enseignement spécial une plus grande extension par l'augmentation du nombre d'années d'études, en réclamant un séjour minimum de trois années dans les hôpitaux pour aliénés.

Les différents membres du corps médical de ces établissements ont accepté avec empressement la mission de s'occuper d'une ou de plusieurs parties du programme de cet enseignement pour leurs gardes-malades. Ils étaient conscients qu'il y allait de leur intérêt personnel et de celui des malades en enseignant et en étendant la valeur professionnelle de leur personnel subalterne. Ainsi. par exemple, aux États-Unis, en 1903, il y avait déjà 4,206 gardes malades diplômés; la Grande-Bretagne, qui réorganisa sérieusement son enseignement professionnel en 1819, compte actuellement 8,900 diplomés comme infirmiers d'asiles et la Hollande, depuis 1892, distribua environ 800 diplômes dans ses différents hôpitaux pour aliénés.

Cette organisation de l'enseignement dans la presque totalité des établissements pour aliénés et les succès enregistrés depuis cette heureuse innovation déterminèrent certains Etats à imposer l'enseignement des gardes-malades par voie légale.

En préparant le présent manuel, l'auteur répond à un vœu qu'il émit à plusieurs reprises depuis une quinzaine d'années. Les brillants résultats obtenus dans les autres pays lui font espérer que les propriétaires d'asiles rivaliseront de zèle pour imiter le noble exemple venu de l'étranger.

Ce manuel est divisé en cinq parties : 1. Notions générales du corps humain ; 2. Structure et fonctionnement du corps humain ; 3. Principes élémentaires d'hygiène ; 4. Soins à donner aux malades ; 5. Les soins à donner aux aliénés.

Cet ouvrage naît à son heure, au moment où la Belgique, après un sommeil léthargique prolongé, se réveille enfin et cherche à améliorer la situation des aliénés. Grâce à l'initiative privée des médecins et malgré l'indifférence coupable des autorités, la question du personnel infirmier paraît près d'être résolue. Le livre de notre distingué compatriote contribuera certes à favoriser cette évolution.

CROCQ.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude du traitement du prurit cutané chronique avec quelques considérations sur la pathogénie du prurit

PAR ET

C. PARHON
Docent chef de travaux
à la Clinique des maladies nerveuses
de Bucarest.

D. PANESCO
Interne des hôpitaux
de Bucarest.

Le prurit constitue un trouble souvent difficile à traiter et dont la pathogénie est entourée d'obscurités. Son pronostic « est assez sévère et dans toutes ses formes le prurit est d'une grande ténacité » (1).

Dans l'ignorance où nous sommes sur son mécanisme, le traitement reste souvent inefficace et c'est là le motif pour lequel le pronostic reste, comme nous venons de le voir, assez sévère.

On comprend facilement que, dans cet état de choses, la question mérite d'être encore étudiée et qu'il faut surtout s'attacher à pénétrer la pathogénie de ce trouble, car c'est la pathogénie qui nous ouvre habituellement la voie rationelle du traitement.

Ayant eu la bonne chance d'observer récemment un cas de prurit intense et datant depuis plusieurs mois, nous avons essayé un traitement déjà employé par Savill (2) et sur l'importance duquel Netter (3) a attiré de nouveau l'attention dans une de ses récentes communications à la Société de Biologie.

Ainsi qu'il résultera de l'observation qui suit, ce traitement nous a donné un résultat très satisfaisant.

De plus, il semble bien que nous avons à faire avec un traitement qui diffère de ceux employés habituellement, précisément parce qu'il répond à une indication pathogénique de premier ordre.

Ce sont ces raisons qui nous ont déterminé de publier le cas que nous avons étudié.

Il s'agit d'une femme âgée de 50 ans, dans les antécédents de laquelle nous ne trouvons rien d'intéressant à signaler. Elle n'a souffert jusqu'à présent d'aucune dermatose. Elle n'est pas diabétique ni albuminurique.

Au mois d'avril, à la suite d'une forte contrariété, la malade a présenté *une éruption d'urticaire généralisée sur toute la surface du corps.*

Cette éruption ne dura que jusqu'au lendemain. Mais, quelques jours après, la malade commença à sentir une légère sensation de chaleur ainsi

que du prurit, surtout sur la face antéro-externe des jambes. Plus tard, les mêmes troubles envahissent le tronc, et, par la suite, les bras et les avant-bras, en prédominant toujours sur la face antéro-externe des jambes et sur la région externe des membres supérieurs.

Outre le prurit et la sensation de chaleur, la malade ressentait en même temps de légers picotements sur toute la surface du corps.

Les phénomènes se sont aggravés avec prédominance par les grandes chaleurs. Dans ces derniers temps, ces troubles sont devenus une véritable torture pour cette malade, qui ne pouvait plus s'habiller avec des vête-un peu chauds, car les picotements et le prurit devenaient si intenses qu'elle était forcée de se gratter jusqu'au sang.

Elle vient aux consulations du service de M. Turbure, à l'Hôpital Pantélimon, nous priant de la recevoir dans le service.

A l'examen de ses téguments, on constate, sur les faces antéro-externes des jambes et sur la région externe de l'avant-bras ainsi que sur la face antérieure de la cuisse et postérieure de la jambe, sur le dos et sur les parties latérales du tronc, des lésions de grattage, des croûtes. Sur ces régions l'épiderme présente un aspect lichénoïde.

On ne constate pas d'autres lésions épidermiques, en particulier celles de la gale, et le prurit est d'ailleurs tout aussi intense pendant le jour que pendant la nuit.

Le *31 août,* on prescrit à cette malade une potion de chlorure de calcium à 3 p.c., à prendre dans les vingt-quatre heures.

1er septembre. — Le prurit est moins intense.

2 septembre. — La sensation de chaleur et les picotements ont presque disparu. Le prurit a diminué, persistant pourtant avec assez d'intensité sur le dos.

3 septembre. — Le prurit ne persiste que sur les faces antéro-externes des jambes et sur la région externe des avant-bras, où on observe encore un état lichénoïde des téguments. Sur le reste du corps, le prurit ainsi que l'état lichénoïde ont conplètement disparu.

4 septembre. — La malade n'accuse plus aucun prurit. Elle a pris régulièrement sa potion au chlorure de calcium depuis le 31 août.

5 septembre. — On supprime le chlorure de calcium. La malade se maintient dans le même état sans prurit et sans picotements.

6, 7, 8 septembre. — La guérison se maintient. La malade quitte l'hôpital.

Nous ne l'avons plus revue depuis, mais il est à penser que la guérison s'est maintenue, car autrement la malade serait probablement venu nous demander de nouveau nos soins.

En résumé, il s'agit d'une femme âgée de 50 ans, qui, à la suite d'une forte contrariété, fit une poussée d'urticaire, qui disparut rapidement, mais pour être remplacée après quelques jours par un prurit très accentué et très persistant, car il durait depuis plus de quatre mois, quand la malade se présenta à nous. Ce prurit céda en quelques jours au traitement par le chlorure de calcium.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue:

d'abord, le début de l'urticaire montre la relation étroite qui unit certains troubles subjectifs de la sensibilité, tels que le prurit, avec certaines manifestations vaso-motrices ou trophiques, comme l'urticaire. On sait, d'ailleurs, que le prurit fait partie intégrante de la symptomatologie de l'urticaire. On peut penser qu'un même trouble fondamental se trouve à la base du prurit et de l'urticaire. Mais il est difficile de comprendre pourquoi, dans certains cas, l'éruption n'apparaît que très rarement ou une seule fois, comme dans notre cas, ou même pas du tout, comme dans bien des cas de prurit .C'est un point qui mériterait d'être approfondi, mais sur lequel nous n'insisterons pas pour le moment.

Un deuxième point plus intéressant encore est le résultat très satisfaisant obtenu dans ce cas par l'administration du chlorure de calcium.

C'est Savill qui a établi, le premier, le rôle des sels de calcium dans le traitement du prurit, et Netter vient d'attirer de nouveau l'attention sur ce point.

Ce fait a aussi une importance au point de vue pathogénique. En effet, on peut penser que le prurit peut reconnaître comme cause directe une diminution du calcium contenu dans le tissu cutané au voisinage des filets nerveux.

A ce point de vue, Netter rapproche les bons résultats obtenus dans le traitement du prurit par les sels de calcium de certaines expériences de Loeb sur le rôle des ions dans l'hypéresthésie de la peau. « Si l'on plonge dans l'eau une patte de grenouille normale, l'animal la laisse immobile. Il n'en est pas de même si on a, au préalable, mis la patte de cette grenouille au contact d'une solution diluée d'oxalate ou de citrate de soude.

» Alors que, sur le moment ou à sec, cette grenouille ne paraît pas souffrir, il suffit de la plonger dans l'eau pour lui voir faire des efforts extrêmement violents pour retirer le membre, en donnant les signes de souffrance aussi intenses que si on l'avait plongée dans une solution très acide. L'effet est nul dans l'eau sucrée ou dans une solution concentrée d'urée. Les sels ont enlevé à la peau les agents modérateurs qui empêchent l'hyperesthésie. »

Les relations de l'urticaire avec le prurit sont également de nature à établir l'importance des troubles du métabolisme calcique dans la pathogénie du prurit, car l'urticaire elle-même est en rapport, d'après Netter, avec une rupture dans l'équilibre normal des ions métalliques.

L'apparition du prurit et de l'urticaire sous l'influence d'ingestion d'acide citrique ou oxalique chez des personnes prédisposées (4) est aussi de nature à appuyer la thèse d'une relation entre la diminution du calcium des tissus et les troubles précités, car les acides s'emparent de cet élément. On s'explique de la même

façon le prurit de l'ictère, où les acides biliaires circulent dans le sang. Le prurit du diabète peut également s'expliquer par un mécacisme analogue, car, d'après Moraczewski (5), la glycosurie s'accompagne d'une élimination exagérée de calcium.

En admettant cette explication, on doit, dans le cas du prurit « essentiel », s'enquérir avec soin de l'état des organes régulateurs du métabolisme calcique. Nos connaissances sur ce point sont d'ailleurs assez restreintes. Mais il nous semble pourtant qu'on peut affirmer que parmi ces organes le corps thyroïde et l'ovaire ont un rôle très important (6).

S'agit-il, dans notre cas, d'une altération ou d'une perturbation fonctionnelle de l'un ou l'autre de ces organes ? Cela est possible.

La glande thyroïde agit comme facteur fixateur du calcium, tandis que l'ovaire, glande antagoniste, agit comme facteur décalcifiant (6).

Dans l'hypothèse plus haut exposée, d'un trouble en moins dans le métabolisme calcique, nous pourrions penser à un déficit thyroïdien ou à une hyperfonction ovarienne.

Cette dernière doit être exclue dans notre cas, car il s'agit d'une femme à la ménopause.

Nous devons signaler, d'ailleurs, la possibilité d'un prurit d'origine hypo-ovarienne, quoique ce fait ne semble pas concorder avec ce que nous venons de dire sur le rôle décalcifiant de l'ovaire et l'hypothèse d'un trouble en moins du métabolisme calcique dans la pathogénie du prurit.

C'est ainsi que Brocq (7) a traité par l'opothérapie ovarienne un cas de prurit qui guérit en deux jours, bien qu'il fut ancien de dix ans, date d'une ovariotomie double.

Ce fait semble difficile à expliquer dans l'hypothèse précédente. On peut pourtant penser que, dans ce cas, il existait un trouble en plus dans le métabolisme calcique. C'est là une considération semblable à celle que Netter (8) a émis à propos de la tétanie, qui, elle aussi, semble en rapport, au moins dans certains cas avec une insuffisance calcique des centres nerveux, et pourtant Stoeltzner (9) a pu attribuer la tétanie des enfants à une intoxication par le calcium.

Ainsi que le remarque Netter, ces résultats ne sont pas inconciliables, car « Loeb et ses élèves ont montré que *l'action modératrice du calcium n'apparaît que pour une concentration déterminée,* de même que son influence sur la coagulation du sang, du lait et sur diverses diastases. *Si l'on dépasse la limite optima il y a une action opposée, phénomène de réversibilité* ».

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de signaler le fait que, dans ce cas de Brocq, le prurit disparut sous l'influence d'un agent qui influence le métabolisme calcique.

La glande thyroïde, organe dont la fonction dans l'utilisation et

l'assimilation du calcium nous semble aujourd'hui bien établie, a donné, entre les mains de Gilbert et Herscher (10), dans six sur sept cas de prurit, des ictériques, soit une disparition complète soit une amélioration très marquée de ce symptôme.

Ces auteurs ont constaté que le corps thyroïde exerce dans ces cas, mais seulement *in vivo*, une action destructive ou modificatrice qui se traduit par la diminution ou la disparition de la réaction de Hay des urines de ces malades, réaction considérée comme caractéristique de la présence des sels biliaires. Par contre, la réaction de Gmelin n'a pas été influencée.

Il semble donc que le corps thyroïde agit dans le prurit des ictériques en modifiant les sels biliaires « directement ou indirectement ». Mais le mécanisme intime de cette modification nous reste inconnu et il nous semble bon de ne pas oublier que la glande thyroïde influence l'utilisation du calcium, ce qui pourrait bien expliquer encore son action sur le prurit.

Il serait intéressant d'essayer le même traitement dans des cas de prurit non ictérique.

Nous ne voulons pas nous étendre plus longtemps sur notre cas et sur ces considérations.

Mais il nous semble que nous pouvons résumer de la façon suivante l'enseignement qui en découle. Le chlorure de calcium est un médicament d'une grande valeur dans le traitement du prurit dit « essentiel » (1).

Il est à penser que ces cas de prurit peuvent reconnaître pour cause un trouble du métabolisme calcique et on doit porter son attention sur l'état des organes qui influencent celui-ci, comme la glande thyroïde, l'ovaire et certainement d'autres encore.

Il serait bien intéressant d'étudier d'une façon approfondie le métabolisme calcique dans les cas de prurit, mais cette étude reste à faire, au moins à notre connaissance. (2)

---

(1) Dans notre cas il ne nous semble pas qu'il soit bien d'emplyoyer la dénomination de prurit sénile. Nous savons, d'autre part fort bien que le mot « essentiel » sert plus à couvrir l'ignorance où nous sommes sur les causes et le mécanisme d'un trouble morbide, qu'à nous renseigner sur sa nature.

(2) Depuis l'envoi de ce travail à la rédaction du *Journal de Neurologie* ont paru plusieurs communications en rapport avec la question qui nous intéresse. C'est ainsi que l'un de nous avec Urechie 11), a fait connaître les bons résultats du traitement par le chlorure de calcium d'une autre affection prurigineuse, l'eczéma et Netter 12), dans la même séance de la Société de Biologie apportait à cette constatation l'appui de son autorité bien méritée en publiant le résultat de ses propres observations.

A leur tour Léopold Levi et H. de Rotschild 13), on relaté trois cas d'eczéma où le traitement thyroïdien a donné des résultats très satisfaisants. Dans l'un ce ces cas, l'eczéma datait de 12 ans et avait résisté aux soins incessants d'un éminent spécialiste. Ces auteurs citent encore le résultat obtenu par l'un de nous avec Papinian dans un cas d'eczéma très étendue avec le même traitement et un fait observé par

BIBLIOGRAPHIE

1. Gaucher et Barbe. Prurit cutané. (In *Traité de Médecine* de Brouardel, Gilbert, Girode, tome III, p. 774.)

2. Savill. On the pathology of Itchnig and its treatement by large doses of calcium chloride with illustrative cases. (*Lancet*, 1 août 1906. — Cité par Netter.)

3. Netter. Importance biologique du calcium. Notions récentes, leurs applications thérapeutiques, p. 24. (Société de Biologie, séance du 16 mars 1907.)

4. Paramore. An experimental study of some cases of Urticaria. (*British Journal of Dermatology*, juillet-août. — Cité par Netter.)

5. Moraczewski. Stoffwechsel bei Akromegalie. (*Zeitschrift für Klinische Medizin*, 1901, n° 43.)

6. Parhon si Papinian. Nota, relativa la actinnea corpului tiroid si a ovarului in asimilarea si desasimilarea calcelui. (*Romània Medicalà*, n° 11 si 12, 1904.)

7. Brocq. Prurit chez une ovariotomisée. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1902, p. 186.)

8. Netter. *Loco citato*, p. 21.

9. Stoeltzner. Die Kindertetanie (Spasmophilie) als Calciumvergiftung. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1906.)

10. Gilbert et Herscher. Influence de la médication thyroïdienne sur le prurit des ictériques. (*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, Séance du 26 juillet 1902.)

11. C. Parhon et C. J. Urechie. Note sur l'emploi du chlorure de calcium dans le traitement de l'eczéma. (C. R. des séances de la Société de Biologie, séance du 16 novembre 1907.)

12. Netter. Sels de calcium dans l'eczéma. Leur mode d'action. Efficacité des sels de calcium dans la tétanie expérimentale. (*C. R. des séances de la Soc. de Biologie*, séance du 16 novembre 1907.)

13. Léopold Levi et H. de Rotschild. Eczéma et dermatoses prurigineuses. Chlorure de calcium, Corps thyroïde (Soc. de Biologie, séance du 30 novembre 1907.)

14. Levi et Rotschild. Société de Biologie, juillet 1906.

15. S. Marbé. Principiul iperovarismului menstmal si valoarea sa biologicà (Thèse de Bucarest, novembre 1907.)

Jean Delize où un eczéma séborrhéique chez un myxoedémateux, s'améliora pendant la courte durée du traitement. Comme l'un de nous avec Urechie, Levi et Rotschild rapprochent les effets de la glande thyroïde de celle du chlorure de calcium. Ils rappelent encore le bon résultat qu'ils ont obtenu avec le traitement thyroïdien dans un cas d'urticaire chronique (14), et ils mentionnent l'opinion de Ravitch qui considère le traitement thyroïdien comme un spécifique dans un grand nombre de cas d'urticaire chronique. Or, dans l'urticaire aussi, Wright, Netter, l'un de nous avec Urechie et Levi et Rotschild eux mêmes ont obtenu de bon résultats avec le chlorure de calcium. Nous devons mentionner encore deux cas d'eczéma guéris par le traitement thyroïdien et rapporté par Marbé 15), dans une thèse parue récemment.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 5 décembre 1907. — Présidence de M. le Dr BABINSKI

Pseudo-torticolis mental

MM. DUFOUR et FOIX montrent un typographe de 52 ans, présentant l'aspect ordinaire du torticolis mental ; la tête est comme figée, un peu inclinée vers l'épaule droite, regardant à gauche. De temps en temps, deux doigts appliqués sur le front redressent la tête. L'affection est bilatérale : elle atteint les scalènes à droite et les muscles de la nuque à gauche ; on ne peut donc recourir à une intervention chirurgicale. Bien qu'il paraisse s'agir d'un torticolis mental, il faut remarquer que la contracture a été continue et progressive, sans aucune secousse clonique ; cette contracture s'exagère et devient douloureuse par la fatigue, elle disparaît pendant le sommeil. Il se pourrait que ce torticolis reconnaisse une cause organique.

Blépharospasme

MM. ROCHON-DUVIGNAUD et A. WEILL présentent un homme de 71 ans, atteint, depuis quatre ans, de contractions toniques des orbiculaires des deux côtés ; les contractions, d'abord espacées, devinrent subintrantes au point d'empêcher tout travail. Elles s'étendent aux muscles peauciers voisins ; les efforts du malade arrivent quelquefois à les arrêter pendant quelques secondes ; pendant le sommeil, elles cessent ; elles s'atténuent par la distraction et cessent par la compression énergique des nerfs sus-orbitaires contre le rebord osseux de l'orbite. Les auteurs arrachèrent les deux nerfs sus-orbitaires. Le résultat immédiat fut excellent : pendant trois semaines, le malade fut guéri, puis les contractions reparurent progressivement.

M. SICARD fait remarquer que l'intervention sur des nerfs *sensitifs* a provoqué une sédation absolue des *mouvements;* il s'agit sans doute d'une action suggestive.

M. H. MEIGE a observé plusieurs cas analogues ; il ne s'agit pas d'un *spasme facial*, ni d'un tic des paupières. Ici la contraction est tonique avec secousses plus ou moins rythmées ; elle dure plusieurs secondes. La fente palpébrale est rétrécie, quelquefois fermée. Un effort de volonté peut la réprimer quelques instants. Il s'agit d'une manifestation analogue au torticolis mental, se montrant chez des sujets d'un certain âge.

Epilepsie jacksonienne. Caractères différentiels entre le spasme cortical et le spasme périphérique

M. VINCENT rapporte le cas d'une femme de 52 ans, atteinte de crises d'épilepsie jacksonienne gauche. Après les muscles de l'épaule, c'est le peaucier du cou qui entre en contraction ; la contraction des muscles de la face se fait *progressivement* et non en bloc : la lèvre inférieure se contracte, puis la commissure labiale, le front et enfin l'orbiculaire des paupières ; en même temps il y a déviation conjuguée de la tête et des yeux. Cette succession des contractions paraît à l'auteur un caractère propre au spasme cortical. Dans le spasme périphérique, tous les muscles innervés par le facial entrent en jeu en même temps. De plus, l'occlusion des yeux et le plissement du front ont

été bilatéraux et asymétriques, alors que, dans le spasme périphérique, ils sont unilatéraux et que, dans le tic des paupières, le mouvement est bilatéral et symétrique. Enfin, durant la crise, le sterno-mastoïdien gauche ne s'est pas contracté, c'est le droit qui est entré en jeu; l'auteur pense qu'on peut expliquer ce fait en admettant que les muscles rotateurs de la tête peuvent être considérés comme appartenant à l'appareil de la vision; la rotation de la tête se produit par un mécanisme analogue à celui de la rotation des yeux; or, dans l'épilepsie jacksonienne gauche, c'est le droit interne qui se contracte pour dévier l'œil droit vers la gauche; de même, c'est le sterno-mastoïdien droit qui se contracte pour dévier la tête vers la gauche.

Deux cas de syringomyélie avec signe d'Argyll-Robertson

MM. ROSE et LEMAITRE rapportent l'observation de deux cas de syringomyélie avec signe d'Argyll-Robertson; dans les deux cas il y a syringobulbie et le signe oculaire a occupé d'abord le côté atteint pour envahir ensuite l'autre côté en même temps que la lésion franchissait la ligne médiane. Pas *d'antécédents spécifiques*, pas de lymphocytose. Le signe d'Argyll-Robertson peut donc exister en dehors de toute infection syphilitique.

M. BABINSKI se montre sceptique à l'égard de la non-existence de la syphilis chez ces sujets; il faudrait, pour prouver irréfutablement le fait, que ces sujets présentassent actuellement un chancre syphilitique démontrant nettement leur intégrité spécifique.

M. DEJERINE fait remarquer que l'autopsie d'un de ces cas a démontré l'absence des lésions tabétiques. L'orateur pense que si le signe d'Argyll-Robertson est le plus souvent syphilitique les faits précédents prouvent que cette règle souffre des exceptions.

Sur un cas de compression de la moelle associée à un syndrome de la queue de cheval

MM. CLAUDE et TOUCHARD montrent un malade présentant des symptômes complexes d'origine à la fois médullaire et radiculaire :l'exagération des réflexes rotuliens des deux côtés, les douleurs crampoïdes dans la jambe droite dénotent une compression de la voie pyramidale vers le troisième segment. Les troubles de la sensibilité des membres inférieurs, la paralysie de la jambe et du pied gauches, les troubles sphinctériens et du sens génital sont dus à l'irritation des racines sacrées.

Sclérose en plaques et polynévrite éthylique associées

MM. CLAUDE et OPPERT rapportent le cas d'une malade de 44 ans, atteinte de sclérose en plaques compliquée d'une polynévrite alcoolique plus tardive.

Le nystagmus dans l'apoplexie cérébrale

M. SOUQUES attire l'attention sur le nystagmus horizontal du coma apoplectique; dans onze cas, ce nystagmus coïncidait avec la déviation conjuguée des yeux et siégeait du même côté que celle-ci; il y avait hémiplégie avec signe de Babinski. Le nystagmus apoplectique est donc intimement lié à la déviation des yeux.

Le traitement de la syringomyélie par les rayons X

MM. BEAUJOUR et LHERMITTE présentent deux malades atteints de syringomyélie cervico-dorsale, améliorés par les rayons X ; on voit, par cette méthode, disparaître l'anesthésie tactile, puis l'analgésie et enfin la thermo-anesthésie ; celle-ci cependant ne cède pas complètement. La motilité s'améliore également, mais l'atrophie musculaire paraît peu influencée. Il est probable que les rayons X agissent sur les éléments gliomateux et les détruisent progressivement.

Pour ce qui est de la technique à employer pour l'irradiation de la moelle nous dirons seulement que la méthode des irradiations juxtaposées de Taenböck. employée déjà par M. Gramequa, est celle qui convient le mieux puisqu'elle permet de faire absorber par la moelle des doses de rayons doubles de celles absorbées par la peau.

L'anticathode est placée latéralement à 25 centimètres de la peau ; on limite l'action des rayons en plaçant une lame de plomb affleurant à la ligne épineuse ; les rayons traversent ainsi seulement les lames vertébrales au lieu de la masse plus considérable des apophyses épineuses. La région ainsi traitée est à son tour protégée et on fait une nouvelle séance du côté opposé. Les séances ont lieu toutes les semaines et ont une durée totale de 50 minutes, c'est-à-dire 25 minutes pour chacun des côtés ; la dose absorbée par la peau est de 3 H, ce qui fait par conséquent environ 6 H pour la moelle. La dose de pénétration des rayons est de 7 à 9 B. Il est inutile d'ajouter que nous n'avons jamais observé de radiodermite, mais seulement un très léger érythème et de la pigmentation.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la paralysie faciale périphérique et de l'hémispasme facial

M. THOMAS rapporte les résultats de trois autopsies ; dans un cas de paralysie faciale datant de deux ans, l'auteur a trouvé une névrite parenchymateuse remontant jusqu'au ganglion géniculé ; il y avait également chromatolyse à distance du noyau de la troisième paire. Dans le second cas, il s'agit d'une paralysie faciale d'origine otitique, datant de douze ans, avec hémispasme léger ; on trouve, sur le trajet intrapétreux du facial, en-dessous du premier coude, une périnévrite sans inflammation du nerf. Au-dessus de la lésion péri névritique, le nerf était renflé en un volumineux névrome de régénération. Dans le troisième cas, il y avait paralysie faciale incomplète avec hémispasme ; on trouve, au niveau du ganglion géniculé, un volumineux névrome sans lésion interstitielle du nerf.

Dans les deux cas où il y a eu hémispasme, il y avait un névrome de régénération sur le trajet du nerf, dans la partie qui est coiffée par le ganglion géniculé. L'hémispasme est-il la conséquence de l'irritation produite par le névrome ?

Trophœdème chronique congénital unique

M. COURTELLEMONT présente les photographies d'un cas de trophœdème congénital unique, c'est-à-dire qu'il existait à la naissance et n'a atteint qu'un seul sujet de la famille.

On y note une coloration rosée de la peau, l'existence d'un godet à la pression, l'augmentation du gonflement à la suite de la station debout et de la marche, la présence actuelle des troubles paresthésiques et douloureux le soir, l'élévation de la température locale, la présence de nœvi vasculaires ; on remarque encore l'épaisseur et l'aspect de la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée, révélés par la radiographie.

En résumé, la physiologie, l'anatomie et la clinique, concourent à démontrer qu'il existe dans la moelle un centre moteur dont l'excitation produit un mouvement d'extension du genou et d'adduction de tout le membre inférieur. Ce centre correspond surtout au III[e] et au IV[e] segment lombaire.

Sur les centres réflexes de la moelle. La contracture des spasmodiques

M. NOICA. — Les réflexes osseux sont multimusculaires; ils provoquent la contraction de plusieurs muscles, ce sont donc des fonctions; à chaque fonction correspond un seul arc réflexe représenté par une seule racine centripète, un centre médullaire et une seule racine centrifuge.

La propagation se fait en haut et en bas, progressivement sans sauter pardessus un autre centre. Chez un sujet sain, on peut reproduire l'attitude de la contracture hémiplégique par la provocation de deux réflexes osseux du même membre; on excite ainsi en une seule fois les centres réflexes intermédiaires. La nature réalise cette double excitation périphérique par les centres coordonnés situés au-dessus de la moelle; c'est ainsi que la contracture se produit quand on ordonne au malade de faire des mouvements du côté sain.

Torticolis mental. Améliorations et rechutes. Guérison

M. HENRY MEIGE rapporte un cas de torticolis mental à évolution capricieuse, avec alternatives d'améliorations et de rechutes; les convulsions atteignaient le trapèze, le sourcilier droit ainsi que la commissure labiale gauche. Les contractions peuvent donc s'étendre au côté opposé. La discipline psychomotrice méthodique et prolongée avec l'alitement et l'isolement donnèrent la guérison. La discipline a consisté dans des exercices d'immobilisation et des mouvements méthodiques devant un miroir, des exercices de relâchements musculaires, des exercices respiratoires, de lecture et d'écriture.

Absence des bandelettes, du chiasma et des nerfs optiques ; agénésie du corps calleux, du trigone, des commissures blanches antérieure et postérieure

M. LUCIEN rapporte le cas d'un enfant de 4 mois, mort d'entérite, qui présenta, à l'autopsie, ces lésions importantes. Inutile de dire que l'enfant était aveugle.

A propos du pemphigus hystérique

M. RAYMOND rappelle le cas d'une malade présentant des bulles de pemphigus sur le membre supérieur droit depuis le moment où, trois mois auparavant, elle s'était blessée à l'index. En même temps s'établissait une anesthésie segmentaire du membre, anesthésie qui disparut par une seule séance d'électricité. En septembre dernier, cette jeune fille présenta une collection sanguine dont on retira une aiguille. Depuis lors, la malade est guérie de ses phlyctènes et de ses douleurs. L'orateur pense que les bulles de pemphigus ne seraient pas survenues si la douleur, causée par l'aiguille, n'avait pas déterminé des manifestations hystériques. L'éruption doit donc être rattachée à la névrose.

M. HENRY MEIGE. — Il y a lieu aussi de remarquer dans ce cas la faible participation du pied au processus dystrophique.

Le réflexe rotulien, le réflexe contralatéral des adducteurs et le réflexe osseux de la tubérosité interne du tibia

M. NOICA rappelle la définition de ces réflexes : le contralatéral des adducteurs est la contraction des adducteurs de la cuisse par la percussion du tendon rotulien du côté opposé. Le réflexe osseux de la tubérosité interne du tibia est la contraction des adducteurs par la percussion de cette tubérosité du même côté.

Nous voyons déjà, d'après les définitions, que les deux derniers réflexes, le réflexe contralatéral des adducteurs et le réflexe osseux de la tubérosité interne du tibia ont ceci de commun que tous les deux produisent la contraction des adducteurs.

Seul le réflexe rotulien ne paraît avoir aucune parenté avec les deux autres. Mais voilà les faits cliniques observés par nous :

Quand on examine une personne normale ou même une malade qui n'a pas de lésion organique du système nerveux, la personne étant couchée au lit en décubitus dorsal, le genou fléchi et renversé en dehors, le talon appuyant sur le lit, et sans que la personne ne se raidisse, on observe, si le réflexe rotulien est un peu fort, que non seulement le muscle quadriceps crural se contracte, quand on percute le tendon rotulien, mais aussi le muscle couturier et les muscles adducteurs, quoique à un moindre degré. Si le réflexe rotulien est plus fort, ou si la percussion a été plus forte on voit aussi un mouvement d'adduction et même on peut voir un déplacement très net du membre inférieur, constitué par un double mouvement, l'un d'extension du genou, l'autre d'adduction de tout le membre inférieur.

Si on percute la tubérosité interne du tibia, le membre étant dans la même position, le genou fléchi et renversé en dehors, on provoque, si le réflexe osseux existe et mieux s'il est fort, une contraction non seulement dans la masse des adducteurs, avec un mouvement d'adduction plus ou moins grand, mais aussi une contraction, quoique moins forte, dans le muscle quadriceps et dans le muscle couturier.

Ces phénomènes sont plus nettement visibles, chez des malades avec état spasmodique, c'est-à-dire avec exagération des réflexes tendineux et des réflexes osseux.

Dans les cas d'existence du réflexe contralatéral des adducteurs ou dans les cas des réflexes osseux croisés de la tubérosité interne du tibia, ce qui arrive surtout dans les états spasmodiques, la contraction du muscle quadriceps et du muscle couturier est moins bien observée, ce qui tient probablement à une contraction plus faible de ces muscles.

Sauf un rameau, tous les nerfs qui innervent les muscles : quadriceps, couturier, les adducteurs, y compris le droit interne et le pectiné, proviennent du nerf crural et du nerf obturateur, qui tous les deux tirent leur origine des IIe, IIIe et IVe racines lombaires. Si maintenant nous consultons l'atlas de Bruce, nous voyons que, dans le IIIe segment lombaire, il dessine un gros noyau commun aux muscles quadriceps, couturier et adducteurs, et dans le IVe segment, ce noyau est divisé en deux, l'un étant l'origine du muscle quadriceps et l'autre l'origine des adducteurs. Quant à l'origine centripète, tous les atlas de Kocher, Seiffer et Thorburn indiquent que la peau qui couvre le tendon rotulien et la tubérosité interne du tibia correspond à la même racine sensitive, la IVe racine lombaire.

M. BABINSKI pense qu'il s'agit d'une irritation périphérique ayant donné lieu à des manifestations cutanées réflexes. Peut-être même y a-t-il fraude et les phlyctènes ont peut-être été produites par l'application de quelque substance irritante.

Séance du 9 janvier 1908. Présidence de M. KLIPPEL

—

Sur le prétendu pemphigus hystérique

M. BABINSKI insiste sur la fraude possible dans le cas présenté par M. Raymond à la dernière séance. L'orateur déclare qu'il n'a pas de raisons suffisantes pour repousser *a priori* la nature hystérique des troubles trophiques cutanés, mais il soutient que jusqu'à présent personne n'a fourni de fait rigoureusement observé et contrôlé qui permette d'accepter cette hypothèse.

M. RAYMOND fait remarquer que les bulles de sa malade n'avaient pas le caractère de celles produites par des irritations locales volontaires; son père, médecin distingué, la surveillait étroitement. L'orateur rappelle la gangrène hystérique observée par Le Clerc (de Saint-Lô) et il se demande comment ces sujets pourraient provoquer artificiellement ces gangrènes.

M. BRISSAUD a observé le sein hystérique : mamelle énorme, turgescente, avec une hémianesthénie du même côté; l'orateur se montre sceptique en ce qui concerne les œdèmes hystériques.

M. BABINSKI pense qu'il est difficile de reconnaître les traces de l'action des corps irritants. L'orateur croit que la malade de M. Brissaud était hystérique et qu'une affection du sein s'est associée à cette névrose.

M. CROCQ fait remarquer que les discussion sur l'hystérie ne font qu'obscurcir le sujet. Il croit que des discussions basées sur les impressions personnelles de chacun sont dangereuses; il est temps que l'on envisage l'hystérie d'une manière un peu plus positive, qu'on la définisse d'une manière pratique, sans idée préconçue, en tenant compte de sa symptomatologie et en n'écartant pas *à priori* tel ou tel phénomène. Autrefois, on exigeait l'existence des stigmates; on a raison, sans doute aujourd'hui, de ne plus y attacher la même importance, mais on a tort, à son avis, de négliger totalement l'examen somatique des hystériques. Au cours de cette longue discussion, aucun orateur n'a pensé à parler des réflexes, qui sont cependant très intéressants; on oublie l'abolition du réflexe pharyngien, on ne tient pas compte de l'exagération des réflexes tendineux ni de l'abolition des réflexes plantaires; on passe sou silence le *phénomène plantaire combiné* ou abolition simultanée des deux réflexes plantaires *(flexion* et *fascia lata)*, phénomène qui lui a permis cependant de faire le diagnostic différentiel dans des cas difficiles, notamment dans des cas de névrose traumatique. (Voir : *Revue neurologique*, 15 novembre 1904, n° 21.)

En résumé, il pense que l'on a tort de ne plus chercher à préciser les symptômes somatiques de l'hystérie : certes, cette névrose est avant tout un état psycho-pathologique caractérisé par la suggestibilité, mais il croit que cet état s'accompagne de perturbations somatiques intéressantes à relever.

M. GILBERT BALLET demande que l'on définisse plus clairement l'hystérie; il propose que la Société consacre une séance spéciale à cette question.

M. DEJERINE réclame une séance supplémentaire pour la discussion de l'aphasie.

Type spécial de syndrome alterne

MM. BRISSAUD et SICARD. — Nous avons observé, chez trois malades, un type spécial de syndrome alterne, non encore décrit, et caractérisé essentiellement par un hémispasme facial total d'un côté et par des troubles de la motilité des membres du côté opposé.

La lésion, irritative pour le noyau ou le tronc du facial, plus ou moins destructive pour le faisceau pyramidal, paraît avoir été dans ces cas d'origine syphilitique (raptus, ischémie). Elle reconnaît comme localisation la région hémi-bulbo-protubérantielle. Sous l'influence du traitement mercuriel, un de ces malades a guéri, les deux autres n'ont présenté qu'une amélioration partielle.

Méningo-radiculite purement antérieure et asymétrique du plexus bachial

MM. RAYMOND et ROSE présentent un malade de 45 ans, chez lequel survint, il y a trois ans, sans cause apparente, une paralysie atrophique de la main gauche, qui, rapidement, gagne les muscles de l'avant-bras. Quatre mois plus tard, l'atrophie gagne également le bras et l'épaule du même côté. Il y a un an et demi, le membre supérieur droit commence à maigrir également dans ses segments distaux, en même temps que la main et l'avant-bras du côté opposé reprennent leur force et leur volume à peu près normaux. Depuis quelques mois l'épaule et le bras se sont mis à s'atrophier légèrement.

Actuellement ce malade présente une paralysie avec atrophie, occupant à gauche le territoire radiculaire supérieur du plexus brachial, à droite le territoire radiculaire inférieur, *grosso modo*. L'examen électrique révèle de la D. R., plus ou moins complète dans les territoires atrophiés. Cependant à droite, le territoire radiculaire inférieur n'est altéré que partiellement (éminence hypothénar, IIIe et IVe interosseux conservés) à ce point de vue. De plus, de ce côté le deltoïde présente seul de la D. R., de tous les muscles innervés par Cv. A droite on note le signe de Klumpke. Il n'existe pour ainsi dire aucun trouble de la sensibilité objective, en tout cas ils sont très légers, peu étendus et essentiellement transitoires, disparaissant par sommation. Douleur à la pression des nerfs médian et radial à droite. Aucun signe pouvant faire penser à une lésion de la moelle. Lymphocytose rachidienne extrêmement intense.

Le diagnostic de localisation ne saurait faire le moindre doute. La topographie radiculaire de l'atrophie supérieure à gauche, inférieure à droite, avec syndrome oculo-sympathique de ce côté permet de conclure à une lésion des racines du plexus brachial. La lymphocytose et le signe de Klumpke indiquent que cette lésion, partielle pour certaines racines, est intrarachidienne et due à un processus de méningite localisée.

Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une pachyméningite cervicale bacillaire.

Névrite sensitive et trophique à la suite d'un zona

M. ROSE rapporte le cas d'une femme de 67 ans, chez laquelle un zona occupant la bande radiculaire externe fut suivi de douleurs violentes dans l'épaule, l'avant-bras et la main droite, avec œdème et troubles trophiques des os. La névrite est indiscutable ; la radiographie montre des déformations des doigts rappelant celles du rhumatisme chronique.

Compression médullaire chez une grande hystérique

MM. CLAUDE et ROSE présentent une malade hystérique, atteinte de coxalgie et d'anesthésie névrosiques. Seuls le clonus du pied, régulier comme il l'est dans les lésions organiques, et l'incontinence nocturne d'urine, joints aux douleurs à la pression de la colonne lombaire et à la réaction thermique à la tuberculine, laissent un doute dans l'esprit des auteurs relativement à la possibilité d'un mal de Pott latent.

M. BABINSKI fait remarquer que le clonus disparait quand la malade cesse de contracter les muscles de la jambe. Il s'agit d'une épilepsie spinale fruste que l'on observe chez des sujets normaux.

Troubles de la sensibilité objective dans la maladie de Friedreich

M. NOICA rapporte deux cas de maladie de Friedreich dans lesquels il a observé une diminution des sensibilités d'autant plus marquée que l'on se rapproche de l'extrémité des membres.

La contracture dans la maladie de Friedreich

M. NOICA pense que la contracture peut exister dans la maladie de Friedreich, même lorsqu'il y a abolition des réflexes tendineux. Il en résulte que les voies nerveuses de la contracture et celles des réflexes tendineux sont différentes.

Anévrysme volumineux d'une branche de l'artère sylvienne

M. SOUQUES présente les pièces d'un homme de 65 ans qui, à l'âge de 10 ans, commença à présenter les premiers symptômes d'une tumeur cérébrale, à savoir de la céphalée paroxystique, revenant tous les quinze jours environ, et des vertiges. A vingt-six ans, survint une attaque convulsive; trois ans plus tard, seconde attaque suivie d'hémiplégie gauche et, quelques mois après, d'amaurose bilatérale et définitive. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis trente-cinq ans, la céphalée, les vertiges, l'amaurose persistèrent sans modifications. Enfin, il y a dix-huit mois, apparut un délire de persécution qui entraîna le suicide du patient.

A l'autopsie, on trouve un anévrysme d'une division de l'artère cérébrale moyenne, occupant dans toute son étendue la branche postérieure de la scissure de Sylvius. Cet anévrysme, plus volumineux qu'un gros œuf de poule, s'est creusé un lit large et profond dans la scissure, en refoulant et détruisant la surface des circonvolutions adjacentes.

Cette observation est remarquable par le siège et le volume de la tumeur, d'une part, et par son évolution clinique, d'autre part. En effet, l'évolution de cet anévrysme, qui a débuté dans l'enfance et duré toute la vie, n'a été interrompue que par le suicide du malade, cinquante-cinq ans après le début.

Méningo-myélite hérédo-syphilitique chez un enfant de 7 ans

MM. MARFAN et OPPERT présentent un enfant de 7 ans, atteint, depuis deux ans, de paraplégie spasmodique avec signe d'Argyll-Robertson et lymphocytose. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une méningo-myélite hérédo-spécifique récente.

Actimonycose de la colonne vertébrale ayant occasionné une paraplégie flasque

MM. Gilbert BALLET et BARBÉ rapportent le cas d'une femme de 25 ans, atteinte de paraplégie flasque absolue avec conservation des réflexes rotuliens et achilléens; à l'autopsie on trouva, au niveau de l'apophyse épineuse de la VIII[e] dorsale, une tumeur jaunâtre, actinomycosique, englobant les apophyses VII, VIII et IX; au niveau des lames des VII[e] et VIII[e] apophyses transverses la tumeur arrive au contact de la dure-mère rachidienne et le canal est rétréci; la moelle est extrêmement réduite de volume, ayant 6 millimètres de largeur sur 3 d'épaisseur.

M. CROCQ. — Dans le cas de MM. Gilbert Ballet et Barbé, on comprend la possibilité de l'abolition du tonus avec conservation des réflexes tendineux; le tonus musculaire est d'origine corticale, les réflexes tendineux ont, au contraire, leur centre dans les ganglions basilaires. Il s'agit de deux modalités réflexes distinctes ayant leur mécanisme spécial, leurs voies particulières. Je saisis cette occasion pour dire que, malgré les objections présentées jusqu'à présent, je maintiens mes conclusions antérieures. Au Congrès de Limoges, en 1901, je disais à M. Brissaud : « Montrez-moi un seul cas de section *complète* de la moelle avec conservation du tonus et je me déclarerai aussitôt de votre avis. » J'attends toujours ce cas démonstratif. Si je reviens sur cette question, c'est que, dans une thèse sur la maladie de Parkinson, M. Maillard a récemment combattu mes idées et a cherché à démontrer que le tonus musculaire est d'origine médullaire. J'avoue que ses arguments ne m'ont pas convaincu. La question étant des plus importantes, je me permettrai, si vous le voulez bien, d'y revenir prochainement.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction à la psychiatrie clinique, par le professeur KRÆPELIN. (In-8° de 436 pages, Paris, Vigot frères, éditeurs, 1908. Prix : 12 francs.)

Ce volume est la traduction par MM. A. Devaux et P. Merklen, de la seconde édition allemande; il est précédé d'une préface de M. Dupré, dont nous extrayons le passage suivant :

Il est certainement bien inutile de recommander un ouvrage que signale à tous les aliénistes le nom illustre de son auteur et dont la traduction porte, dans les deux noms déjà connus de Devaux et de Merklen, la double signature de la compétence et de la probité scientifiques. Je saisis cependant avec plaisir l'occasion qui m'est offerte de proclamer ici tout le bien que je pense de l'œuvre du professeur de Munich et de décerner à ses traducteurs les éloges qu'ils méritent, pour avoir réussi à exprimer si fidèlement la pensée de l'auteur, en un style qui garde, malgré l'honnêteté d'une traduction littérale, toutes les qualités spécifiques de clarté et d'élégance de la langue française.

L'*Introduction à la Psychiatrie clinique* comprend trente-deux leçons, consacrées aux sujets les plus divers. Chacune de ces leçons contient l'histoire détaillée de plusieurs malades, suivie du commentaire clinique et de la discussion diagnostique de chaque cas, enfin l'exposé des idées personnelles du professeur sur la nature et les rapports nosologiques de l'affection étudiée. Toutes ces leçons, dépourvues à dessein de documentation historique et de citations d'auteurs, sont écrites dans le style simple qui convient à des confé-

rences cliniques et sur le ton familier de causeries faites au lit du malade. Il semble vraiment que ce malade lui-même, fidèlement évoqué dans ses allures, son langage et ses réactions, s'anime sous les yeux du lecteur, et qu'on revive ainsi ces heures précieuses de l'enseignement clinique, où ne manque que l'échange des propos entre le maitre et les assistants, dans les discussions librement ouvertes auxquelles le professeur Kræpelin, à Heidelberg comme à Munich, m'a si gracieusement invité à prendre part.

La description clinique est toujours très concise, l'anamnèse réduite à ses seules données utiles; l'auteur s'étend un peu plus sur l'interprétation séméiologique des éléments cliniques en présence et sur la discussion du diagnostic. Les passages les plus intéressants sont ceux que le professeur consacre à l'analyse du mécanisme psychologique des symptômes, à l'étude des rapports qui relient les états objectifs présentés par le malade aux états subjectifs qui les provoquent, à l'explication pathogénique des réactions cliniques par les situations psychiques qui les déterminent. L'auteur, à propos de chaque malade, a le souci constant de ramener les faits observés à leurs conditions psychongéniques plus ou moins latentes, et par là se marque la tendance de Kræpelin à éclairer la clinique par la psychologie.

Traité de médecine légale, par MM. De Boeck et Heger Gilbert (in-8° de 290 pages, 20 planches et 15 vues stéréoscopiques. Bruxelles, H. Lamertin, éditeur, 1908.)

Le médecine légale, selon la définition donnée par Marc et qu'adopte à son tour Vibert, c'est l'*application des connaissances médicales aux cas de procédure civile et criminelle qui peuvent être éclairés par elles.*

En Belgique, tout médecin est apte à rapporter en justice, qu'il ait fait preuve ou non de connaissances spéciales en médecine légale, qu'il soit ou ne soit pas porteur d'un diplôme spécial. En France, la plupart des affaires médico-légales sont confiées exclusivement à des médecins qui ont sollicité et obtenu le titre d'expert et qui ont été inscrits comme tels sur une liste dressée par chacun des Tribunaux de première instance. Néanmoins, dans certains cas urgents spécifiés par la loi, tout Docteur en médecine, qu'il soit inscrit ou non sur la liste des experts, peut être requis de procéder à une opération médico-légale.

En Allemagne, le régime est différent : les médcins ne peuvent être appelés à remplir les fonctions de médecin légiste qu'après avoir subi avec succès un examen spécial portant sur les différentes branches de la médecine légale; par le fait ils deviennent de véritables fonctionnaires *(Kreisärzte)* attachés aux tribunaux de première instance et au service de la police.

Schlockow a publié, il y a de longues années, en vue de cet examen, un *Manuel de médecine légale* qui a rendu de réels services; Roth et Leppmann en ont fait paraître une édition modernisée dont les auteurs publient ici une adaptation aux lois et règlements belges. Ce n'est donc pas précisément une traduction de l'ouvrage de Roth et de Leppmann qu'ils présentent aux lecteurs, bien qu'ils se soient largement attachés à reproduire exactement le texte de ces auteurs. L'adaptation aux lois et aux coutumes de notre pays était d'autant plus nécessaire qu'en plus d'un point la législation belge, au civil et au criminel, s'écarte sensiblement de la législation allemande.

Les auteurs se sont guidés, pour tout ce qui concerne les considérations juridiques, sur les interprétations du Code pénal belge d'après MM. Nypels et Servais, sur le supplément aux principes du Droit civil français de Laurent, par MM. Raymond Janssens, Jean Servais et Paul Leclercq, sur le Traité de médecine légale de Dambre.

Les femmes homicides, par le Dr Pauline TARNWOSKY, (grand in-8°, avec 40 planhesc hors texte contenant 161 figures et 8 tableaux anthropométriques. Paris 1908, Félix Alcan, éditeur, prix : 15 francs.)

L'auteur fait une étude détaillée et documentée de 160 femmes assassins, mensurations anthropométriques, examen fonctionnel des organes des sens (vue, ouïe, olfaction, goût, sensibilité générale, algésie, sens du lieu, réflexes tendineux, force musculaire), anamnèse des ascendants, leur hérédité, penchants, maladies, alcoolisme.

Une grande influence est attribuée à l'hérédité chez les délinquentes. Un individu subissant une influence héréditaire défavorable, ayant parmi ses ascendants des alcooliques, des tuberculeux, des épilepiiques, des aliénes, des ava riés de toute sorte, est généralement marqué de signes de dégénérescence physique ou morale, et fait preuve souvent d'une résistance moindre aux influences mauvaises, inévitables dans la lutte pour la vie ; il présente de ce fait même, une prédisposition au crime plus accusée qu'un individu issu d'une famille saine, indemne de tares héréditaires.

L'auteur donne une description détaillée des signes de dégénérescence observés en grand nombre chez les femmes homicides, et en relève quelques-uns nouveaux, tels que la *dépression pariéto-occipitale*, les *dents cannes*, le bourrelet *longitudinal du palais torus palatinus* et *l'oreille à pli circulaire du lobule*, ou *l'oreille dite de Vespasien*.

Des tableaux anthropométriques de ce travail, il ressort que les diamètres antéropostérieur et transversal maximum, ainsi que la circonférence maxima du crâne, sont *moindres* chez les femmes homicides, que chez la moyenne des femmes non criminelles, mesurées à titre de comparaison.

L'auteur insiste sur la nécessité d'étudier les condamnés dans les prisons au point de vue de leur état physique, de leur hérédité et de leurs particularités psychiques, afin de mieux connaître la mentalité du criminel, d'éclaircir le mobile qui l'a poussé au crime ; il tente l'essai d'une classification basée sur le motif du crime dans les observations citées à l'appui. Les femmes homicides sont divisées en cinq catégories : celles qui ont agi 1°, pour causes passionnelles ; 2° par obtusion du sens moral ; 3°, sous l'influence de déviation du sens génésique ; 4°, assassinats accidentels ; 5°, sous l'influence de troubles nerveux et psychiques.

La responsabilité des criminels, par le professeur GRASSET. (In-12 de 275 pages. Paris 1908, Bernard Grasset, éditeur. Prix : fr. 3.50.)

Après la mémorable séance du Congrès de Genève, dans laquelle Gilbert Ballet proclama l'ignorance des psychiatres dans les questions de responsabilité, il était nécessaire qu'un savant autorisé fit entendre une note moins déconcertante. C'est ce que vient d'entreprendre M. Grasset dans cet opuscule :

La doctrine que voudraient faire prévaloir Gilbert Ballet et le Congrès de Genève est essentiellement *rétrograde;* elle laisserait croire que la psychiatrie n'a fait aucun progrès dans ce dernier siècle ; qu'elle a tourné dans un cercle, détruisant aujourd'hui ce qu'elle avait édifié hier, puisque c'est au nom de la psychiatrie qu'on avait demandé que les questions de responsabilité et d'irresponsabilité soient soumises au médecin ; et c'est au nom de la même psychiatrie mieux informée qu'on demande aujourd'hui que les médecins soient dépossédés des expertises sur la responsabilité.

Non. Les progrès accomplis par la psychiatrie sont réels et très considérables et ne permettent plus de s'en tenir à ce vieil article 64, dont Gilbert Ballet reconnait, avec tout le monde, qu'il faut changer le sens de ses termes.

C'est au nom des malades du psychisme et dans leur intérêt que tous devraient (médecins et sociologues) demander avec insistance que l'article 64 soit

remplacé par une série d'autres articles introduisant dans le Code l'*idée médicale* de responsabilité.

Tout le monde reconnaît aujourd'hui (Gilbert Ballet tout le premier) que le mot responsabilité n'a pas un sens unique; qu'il faut toujours lui accoler une épithète. Jusqu'à ce qu'on ait trouvé un autre mot meilleur, je propose qu'on emploie celui de *responsabilité physiologique* ou *au sens médical* en en précisant bien le sens.

Le médecin n'a pas à s'occuper de responsabilité *morale;* tout le monde est d'accord sur ce point, mais la responsabilité *médicale* fait partie de la responsabilité *sociale* et constitue un élément *non suffisant* mais *nécessaire* de cette dernière, élément que le médecin a seul qualité pour apprécier.

Il ne suffit pas que (comme le propose Gilbert Ballet) le médecin, requis par le magistrat, donne son *diagnostic* et, sous prétexte que le mot responsabilité est mauvais et prête à confusion, laisse ensuite le magistrat se débrouiller : le médecin doit non seulement déclarer aux juges la maladie du sujet (s'il en a une), mais il doit leur dire l'influence que cette maladie a eue, au moment de l'acte sur la *fonction-responsabilité* du sujet; il doit dire *si, comment et dans quelle mesure* cette maladie a influé sur sa responsabilité médicale *(état de normalité ou d'anormalité de ses neurones psychiues).*

Après ces explications et ces précisions du sens des mots, n'apparait-il pas regrettable que les grands critiques et les grands médecins engagent avec autorité le public à regarder les experts comme dangereux ou incompétents en matière de responsabilité? Ne vaudrait-il pas mieux, quand on a le bonheur d'avoir l'oreille du grand public, s'attacher à démontrer que, dans cette polémique, l'*intérêt*, mis en question et discuté, n'est pas celui des *médecins*, mais celui des *malades?*

La question est nettement celle-ci : voulez-vous ou non cantonner les magistrats dans l'appréciation de la redoutabilité d'un criminel sans tenir compte de sa santé psychique? Si oui, demandez avec Gilbert Ballet et le Congrès de Genève qu'on revienne à la loi de 1810 et que le mot de responsabilité (avec ou sans adjectif) ne soit plus prononcé dans les prétoires.

Si au contraire vous avez pitié des malades du psychisme, si vous croyez que la société leur doit des soins, même quand ils sont criminels, demandez au médecin de vous éclairer sur cette santé psychique, sur cette responsabilité médicale; demandez la réforme de la loi, demandez que la loi française reconnaisse l'idée médicale de responsabilité et d'irresponsabilité et permette d'en tenir régulièrement et officiellement compte dans les verdicts et les jugements.

De même, quand un demifou à responsabilité atténuée a commis un crime, il ne lui faut pas la peine de tout le monde, il ne lui faut pas seulement une peine raccourcie, il lui faut une certaine peine, mais il faut surtout un traitement *obligatoire* (dont la durée ne peut être déterminée que par le médecin) dans un asile *spécial.*

Ce principe du traitement obligatoire, judiciairement imposé, doit être reconnu par la loi pour tous les criminels dont la responsabilité a été médicalement déclarée abolie ou atténuée.

Ceci répond péremptoirement à l'objection tirée du danger social des demifous, et des peines raccourcies. Le dégénéré ne trouvera pas dans la constatation officielle de sa demifolie un encouragement à recommencer ses méfaits, puisque, par jugement, il sera obligatoirement *retenu* dans un asile spécial plus longtemps que ses complices bien portants ne seront *détenus* en prison.

De ce qui précède on peut facilement déduire les modifications qu'il serait nécessaire de voir apporter à la loi actuelle.

1° La loi devrait accepter et proclamer l'idée de responsabilité, d'irresponsabilité et de responsabilité atténuée des criminels;

2° La loi devrait définir le sens dans lequel elle prend ces mots et dire qu'il

incombe au médecin d'éclairer la justice sur le degré de responsabilité physiologique des accusés ;

3° La loi devrait proclamer, à côté du droit de défense de la société vis-à-vis de tous les criminels, son devoir d'assistance et de traitement vis-à-vis des malades, psychiques ou autres, même quand ils sont criminels ;

4° La loi devrait décider et imposer, comme complément ou en remplacement de la peine, le traitement obligatoire, dans un asile spécial, de tous les criminels dont la responsabilité a été médicalement reconnue abolie ou atténuée.

Poésie et folie, par MM. ANTHEAUME et DROMARD. (In-18 de 650 pages. Paris 1908 O. Doin, éditeur. Prix : 6 francs.)

Après une courte critique des opinions formulées de tous temps sur la question générale du génie et de ses attributs, les auteurs pénètrent dans le cercle restreint qu'ils se sont fixé.

La poésie étant confondue dans le domaine de l'art suivant une conception couramment admise, ils cherchent à déterminer la nature de l'acte psychique qui est comme l'expression foncière et la quintessence du produit génial : ils débutent donc par l'étude de l'inspiration dans l'art. Ils y trouvent les mêmes éléments que dans l'obsession impulsive des états morbides, mais ils montrent combien est superficielle la similitude qu'on a décrétée entre ces deux formes d'activité mentale. Ils tentent, en effet, de les dissocier d'une façon complète, non pas seulement dans leur résultat et leur expression sociale, mais encore dans leur essence même et leur mécanisme psychologique.

Puis ils déterminent d'une façon plus particulière les conditions essentielles qui président au travail d'élaboration psychique dans la composition de nature poétique. Ils sont conduits à fixer de la sorte le mode d'association et d'évocation chez le poète, et ils voient surgir dans tous les détails de cet exposé les points de contact les plus frappants entre l'état de plasticité associationnelle, qui est la condition foncière de toute poésie, et la dissociation de la synthèse mentale qui caractérise certaines formes d'aliénation. Ils montrent combien on peut aller loin sur ce terrain de communauté apparente, tout en laissant le surnormal s'opposer d'une manière formelle au pathologique.

L'étude des facultés poétiques chez les aliénés et l'étude inverse des manifestations psychiatriques relevées çà et là dons la poésie leur permettent d'apprécier dans quelles proportions l'élément morbide peut s'allier aux productions d'ordre littéraire, et dans quel sens il influe sur leurs qualités, en les modifiant, les exaltant ou les frappant de stérilité.

Pourvus de ces données, ils s'efforcent de juger sans partialité les appréciations formulées sur certaines écoles par une science fort autorisée sans doute, mais dont l'application ultra-extensive a créé plus de malentendus qu'elle n'a ouvert d'horizons dans bien des questions. Les sentences prononcées avec trop de sécheresse ou les boutades lancées avec trop d'humour ont compromis souvent les idées les plus raisonnables. Nous devons nous en affranchir pour étudier dans le sens psychiatrique les tendances de la poésie moderne ; et tout en faisant certaines restrictions, nous trouverons dans ce dernier sujet une conclusion moins désespérante que ne l'ont fait prévoir certains de nos devanciers.

En associant deux mots dont l'union semble un sacrilège, les auteurs ne veulent consterner personne. On ne trouvera rien autre chose ici qu'une tentative de juste conciliation entre deux modes de critique qui s'ignorent bien volontairement, ou qu'on ne voit se rencontrer que pour se tourner le dos.

Maladies de la moelle et du bulbe, par C. ODDO. (In-18, cartonné, de 400 pages avec 24 figures. Paris 1908, O. Doin, éditeur. Prix : 5 francs.)

Les *affections non systématisées de la moelle et du bulbe* augmentent chaque jour d'importance. Certaines d'entre elles sont l'objet d'études incessantes, qui

nécessitent une mise au point toujours renouvelée : telles sont la *sclérose en plaques*, la *syringomyélie*, l'*hématomyélie*. D'autres, considérées jadis comme systématisées, rentrent aujourd'hui dans le cadre des myélites diffuses : telles sont les *poliomyélites*, non seulement les *poliomyélites aiguës* de l'adulte et de l'enfance, mais encore les *poliomyélites chroniques*. Enfin de nouveaux types anatomiques, objet de travaux récents, mais qui n'avaient pas encore trouvé leur place dans les ouvrages classiques, forment pour la première fois des chapitres spéciaux dans le livre du Dr Oddo : telles sont les *myélites tuberculeuses* et l'*artério-clérose de la moelle*.

Les *notions anatomiques et physiologiques* appliquées à la pathologie du bulbe forment une introduction indispensable à l'étude des maladies de cet organe si complexe. C'est là une lacune habituelle dans les textes classiques, elle est comblée dans cet ouvrage.

Les *syndromes bulbaires* se sont multipliés depuis quelque temps singulièrement. Ils forment ici un chapitre important dans lequel ces syndromes sont divisés en *syndromes nucléaires* purs et en *syndromes nucléo-fasciculaires*.

24 figures choisies parmi les plus démonstratives illustrent les descriptions anatomiques et anatomo-pathologiques.

Un index bibliographique, une table alphabétique des auteurs et des matières rendent les recherches faciles.

L'étudiant et le praticien pourront facilement, en consultant ce livre, se mettre au courant d'une partie très importante et très renouvelée de la pathologie nerveuse.

Considération sur la maladie de Parkinson, par G. Maillard. (Thèse Paris 1907, J. Rousset, éditeur, in-8° de 165 pages. Prix : fr. 3.50.)

La Maladie de Parkinson est causée par les *lésions artérioscléreuses* d'un organe mésocéphalique spécial situé dans le pédoncule cérébral et qui est probablement le *noyau rouge*. Ce qui la caractérise cliniquement, c'est un ensemble de symptômes particuliers dus aux troubles élémentaires suivants : lenteur des mouvements, tremblement pathognomonique, rigidité, qui dérivent d'un trouble spécial du tonus musculaire, *le trouble de l'équilibration statique*. Tous les symptômes dérivant de ce trouble fondamental sont réellement parkinsonniens; ils constituent le *syndrome parkinsonnien* qui peut s'observer en dehors de la maladie de Parkinson ,sous l'influence de diverses lésions destructives ou entravantes du centre mésocéphalique d'équilibration statique.

A côté de l'étude clinique et physio-pathologique très fouillée des symptômes parkinsonniens, Gaston Maillard passe en revue les différents symptômes *accessoires* qui peuvent s'observer au cours de la maladie de Parkinson et qui relèvent de différentes localisations des lésions artério-scléreuses. Il consacre un chapitre à l'étude spéciale de trois groupes de ces symptômes associés, importants par leur fréquence et par leur intérêt au point de vue physio-pathologique : *l'état paréto-spasmodique*, *les troubles pseudo-bulbaires*, *les troubles psychiques*.

Mais ce qui fait la particulière originalité de ce travail, c'est la conception très personnelle d'un certain nombre de fonctions nerveuses, et des liens physiologiques qui unissent entre eux les différents groupes de centres nerveux. Il y a, ébauchée, dans cette étude, toute une théorie physiologique nerveuse d'un grand intérêt, expliquée à l'aide d'un dessin schématique qui en facilite la compréhension. Nous citerons particulièrement l'étude du *tonus musculaire*, l'étude de l'*orientation* (le cervelet devenant un véritable organe des sens, l'organe du sens de l'orientation), la conception des *centres nerveux mésocéphaliques* dans leurs rapports avec les centres corticaux et spinaux et avec les organes des sens périphériques et profonds, et enfin l'indication de ce que sont les *fonctions mésocéphaliques* aussi bien intellectuelles que motrices.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur le mécanisme du signe de Babinski ou le phénomène des orteils

par le Dr NOICA

Quoique ce signe soit très bien connu, depuis que Babinski l'a découvert et attiré l'attention sur son importance clinique, son mécanisme est resté encore inexpliqué. Pour M. Babinski le phénomène décrit par lui est une perturbation du réflexe plantaire normal, qui accompagne une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal.. Tous les neurologistes qui se sont occupés de ce symptôme ont reconnu sa présence et son rapport direct avec une perturbation dans le système du faisceau pyramidal: Glorieux, Ganault, Letienne et Mircouche, Collier, Buzzard, Kalischer, Boeri, Acchiote, Koenig, Cestan et Sourd, Zlataroff, Langdon, Gilbert, Chaddock, Walton et Paul Muggia, Schüler, Cohn, cités d'après Crocq (1). Il y a seulement une discussion sur la nature de ce phénomène.

Van Gehuchten confirma, lui aussi, les faits observés par Babinski, mais quant à la nature de ce réflexe voilà ce qu'il dit (2) :

« Le réflexe de Babinski tout en étant un réflexe cutané, *n'est » pas un réflexe plantaire*. Pour se produire il n'est pas indispen- » sable d'exciter la plante du pied, on peut aussi le voir survenir à » la suite d'une excitation d'une partie quelconque de la jambe et » même quelquefois de la cuisse, et puis il ajoute : Nous croyons » donc que dans le réflexe de Babinski il y a deux phénomènes dis- » tincts : l'abolition du réflexe plantaire normal et la production » d'un phénomène nouveau, l'extension du gros orteil. »

Nous voilà par conséquent en présence de deux opinions, l'une, celle de Babinski, que le phénomène des orteils n'est que l'ancien réflexe plantaire transformé, l'autre opinion, celle de M. Van Gehuchten que le réflexe de Babinski est un nouveau réflexe cutané qui ne se produit pas à l'état normal et dont la présence implique l'abolition du réflexe plantaire normal.

Crocq se sépare ici de M. Van Gehuchten. Pour lui « le réflexe de

---

(1) CROCQ, Rapport présenté au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Limoges, 1-7 août 1901, p. 440.

(2) VAN GEHUCHTEN, Considérations sur les réflexes cutanés et les réflexes sidineux. (*Journ. Neurologie*, 1900, n° 24, p. 471.)

Babinski n'implique pas nécessairement l'abolition du réflexe plantaire normal » (1). Si dans les cas où l'attouchement de la plante du pied donne lieu à une extension de tous les orteils, et si on ne peut pas déceler le réflexe plantaire normal, il ne faut pas croire qu'il est aboli, mais « simplement que la contraction des extenseurs l'emporte sur celle de leurs antagonistes, les fléchisseurs ». Preuve, dit-il, que son raisonnement n'est pas une hypothèse, c'est que si l'on examine très attentivement les cas, on trouve un grand nombre de malades où le réflexe de Babinski est caractérisé par une extension seulement du gros orteil, tandis que les quatre autres orteils se fléchissent. Crocq cite à l'appui de ce qu'il vient de dire, que Glorieux et Babinski ont observé eux aussi les mêmes faits : « chez certains sujets, » dit Babinski, l'excitation de la plante du pied ne provoque d'exten- » sion que dans le gros orteil, ou dans les deux premiers orteils et » donne lieu en même temps à la flexion des derniers orteils » (2).

Les faits cités par Crocq, à ce point de vue ne me paraissent pas satisfaisants, leur interprétation anatomo-physiologique n'est pas la vraie, croyons-nous, parce que là il n'y a pas une flexion des orteils, analogue à celle qui se passe dans le vrai réflexe plantaire normal, où tous les segments des orteils se fléchissent sur eux-mêmes, les uns après les autres, ici c'est une flexion seulement des premiers orteils sur les métatarsiens, tandis que les autres segments se mettent en extension, mouvement qui, pour nous, appartient aussi à la constitution du réflexe de Babinski.

Mais, si les exemples ne sont pas démonstratifs, l'idée est bonne, et voilà des faits indiscutables à la faveur de cette idée de Crocq, que les deux réflexes peuvent exister en même temps. Je laisse d'abord la parole à M. Marinesco (3), parce que tous les deux nous avons examiné les mêmes malades de son service :

« Je viens de constater que dans les cas de lésion médullaire ou » cérébrale le signe de Babinski est très net par suite de l'excitation » du bord externe de la plante du pied, ce signe disparaît pour faire » place à la production d'un réflexe en flexion par l'excitation du » bord interne, qui s'accompagne comme chez les enfants, d'adduc- » tion du pied et du renversement de la plante. J'ai même observé » que si on excite simultanément le bord externe et le bord interne » de la plante du pied, ou bien le bord externe et la face interne de » la cuisse c'est le réflexe en flexion qui domine, si non il y a une » espèce d'hésitation du gros orteil qui prend une position inter-

(1) Crocq, *loc. cit.*, p. 447.
(2) Crocq, p. 445.
(3) Marinesco. Etude sur les phénomènes des orteils (signe de Babinski). *Revue Neurologique* 1903, p. 489.

» médiaire entre la flexion et l'extension. En d'autres termes, l'exci-
» tation de la peau au niveau d'un segment supérieur à celui qui pro-
» duit le signe de Babinski peut empêcher l'apparition de ce dernier
» phénomène. *Il s'agit là probablement d'une action d'arrêt.* »

Voilà maintenant ce que nous disions à propos de la coïncidence des deux réflexes chez un même malade et sur le même pied (1).

« Nous devons signaler, que nous avons rencontré assez souvent
» la coexistence du réflexe de Babinski et du réflexe plantaire sur le
» même pied du malade examiné, c'est-à-dire que l'excitation du
» côté externe provoquait le réflexe de Babinski, tandis que l'excita-
» tion du côté interne produisait le réflexe plantaire classique. Chez
» un malade du service de M. Marinesco, atteint de paraplégie spas-
» modique syphilitique, ce phénomène était particulèrement net des
» deux côtés: si l'on excitait le côté externe de chaque pied, on
» observait immédiatement le signe de Babinski, extension de tous
» les orteils avec abduction et rotation du pied en dehors, et si l'on
» excitait le côté interne, il se produisait un réflexe plantaire avec
» adduction et rotation du pied en dedans. »

En somme voilà un fait clinique indubitable, qu'il y a des spasmodiques (paraplégies) chez lesquels on peut produire les deux réflexes: *en excitant le bord externe de la plante du pied on produit le réflexe de Babinski, en excitant le bord interne on provoque le réflexe plantaire en flexion.*

Pourquoi seulement chez quelques-uns des spasmodiques on trouve les deux réflexes? et pourquoi ne les trouve-t-on pas chez tous? quels sont les malades spasmodiques chez qui on peut s'attendre à les trouver? Voilà des questions auxquelles nous répondrons plus loin.

Mais continuons avec l'historique.

Si le fait existe, c'est-à-dire la coïncidence des deux réflexes, et nous sommes d'accord avec MM. Crocq et Marinesco, au contraire nous ne sommes pas du même avis qu'eux pour l'interprétation de cette existence simultanée des deux réflexes. Mais avant tout, il reste un point acquis, que le réflexe de Babinski n'est pas un réflexe plantaire transformé comme croit M. Babinski; la présence du réflexe de Babinski ne demande pas non plus nécessairement l'abolition du réflexe plantaire, comme le veut Van Gehuchten, quoique nous admettons qu'elle peut être très fréquente.

M. Crocq dit que si le réflexe plantaire en flexion ne se produit pas, quand existe le réflexe de Babinski, c'est que ce réflexe n'est pas

---

(1) Dr NOICA et SAKELARIE. Le réflexe plantaire et le phénomène des orteils (signe de Babinski). *Semaine médicale*, 1906.

aboli, mais simplement que la contraction des extenseurs l'emporte sur celle de leurs antagonistes, les fléchisseurs; mais cette explication n'est pas la bonne, parce que chez les malades spasmodiques ce sont les muscles de la région postérieure de la jambe, qui sont les plus forts, mais non pas les muscles de la région antérieure. Si son raisonnement était le bon, il devrait se passer le contraire.

M. Marinesco voit dans la coïncidence de ces deux réflexes, plutôt un phénomène d'arrêt, le signe de Babinski se produit en excitant le bord externe de la plante du pied, mais il disparait pour faire place au réflexe plantaire quand nous excitons chez le même malade le bord interne de la plante du pied. Et si nous excitons simultanément le bord externe et le pord interne de la plante du pied comme il l'a fait, « c'est le réflexe en flexion qui domine; si non, il y a » une espèce d'hésitation du gros orteil, qui prend une position in- » termédiaire entre la flexion et l'extension (1). » Mais quelquefois c'est l'extension qui était prédominante. Par conséquent pour M. Marinesco, comme pour M. Crocq, si le réflexe de Babinski se produit d'habitude tout seul, c'est parce que dans la lutte qui se déclare entre les fléchisseurs et les extenseurs, se sont ces derniers qui en sont vainqueurs, et quand les deux réflexes existent, c'est qu'il y a lutte presque égale entre les deux. L'interprétation n'est pas satisfaisante, car ce sont toujours les fléchisseurs qui sont les plus forts, par conséquent c'est toujours le réflexe plantaire qui doit être le réflexe le plus constant dans les états spasmodiques, si on poursuit leur raisonnement; et puis quand chez un malade atteint de paraplégie spasmodique, existe ces deux réflexes sur le même pied, il n'y a pas la sensation qu'il y a lutte entre deux sortes de muscles, fléchisseurs et extenseuss. Il y a là deux réflexes produits par l'excitation des deux centres moteurs réflexes de la moelle, l'un correspondant au cinquième segment lombaire (le réflexe de Babinski), l'autre au premier segment sacré (le réflexe plantaire), bien entendu schématiquement.

Mais quand M. Marinesco excite en même temps les deux bords interne et externe de la plante du pied, là il y a une lutte entre la production des deux réflexes, et de là résulte le plus souvent la victoire pour *les muscles fléchisseurs (muscles postérieurs de la jambe)*.

Voilà comment nous interprétons cette coïncidence de deux réflexes sur un même pied. Nous savons qu'une fois tous les réflexes cutanés disparus (périodique flasque), ils reviennent tôt au tard si le malade guérit ou si la paralysie passe à l'état spasmodique (ils reviennent même exagérés dans ce cas). Pendant cette période de

(1) MARINESCO, *loc. cit.*

régression le réflexe plantaire en flexion ne peut se produire parce que les muscles qui se contractent dans la production de ce phénomène sont les muscles fléchisseurs, qui sont déjà contractés par la présence de la contracture, et alors plus la contracture sera forte plus le réflexe plantaire sera difficile à être produit. Preuve les hémiplégies infantiles graves, avec une contracture énorme, là le réflexe plantaire ne peut pas se produire, non parce qu'il n'existe pas — surtout là où dans la grande majorité des cas tous les réflexes cutanés sont revenus et même sont exagérés, donc aussi le réflexe plantaire, — mais parce que la contracture des fléchisseurs plantaires est si forte qu'il est difficile à le déceler. Par conséquent si dans un cas de spasmodicité très grande, le réflexe plantaire ne se produit pas, ce n'est pas parce qu'il est toujours aboli, ce n'est pas parce qu'il est empêché par le réflexe de Babinski de se produire, mais c'est parce que la contracture l'empêche de se montrer.

Et plus la contracture sera faible, plus nous aurons la chance de trouver les deux réflexes en même temps, et c'est alors que si nous excitons les deux bords en même temps, comme l'a fait M. Marinesco, il y aura lutte entre les muscles fléchisseurs et les muscles extenseurs, et la victoire appartiendra aux muscles fléchisseurs de la région postérieure de la jambe, parce que ce sont eux les plus forts chez un spasmodique. Mais avec le temps, quand la contracture sera plus faible, nous aurons la chance de voir un beau réflexe plantaire en flexion et une ébauche seulement du réflexe de Babinski, ou peut être ni même cette ébauche. Enfin si l'hémiplégie est guérie, le réflexe plantaire est exagéré (1), et alors en excitant le bord interne ou le bord externe on produira toujours le réflexe plantaire en flexion.

Mais pourquoi l'état de contracture des muscles fléchisseurs les orteils (muscles de la face postérieure de la jambe) empêche-t-il le réflexe plantaire de se produire? La réponse est très simple; parce que pour pouvoir produire un réflexe cutané, il faut que ce muscle soit à l'état de repos (je ne veux pas dire à l'état de relachement). Tous ceux qui ont examiné les réflexes abdominaux, ou les réflexes crémastériens, ou les réflexes fessiers, etc., savent très bien que la personne, chez laquelle on examine ces réflexes, doit laisser les muscles à l'état de repos. C'est la condition essentielle.

M. Van Gehuchten (2) croit que le réflexe de Babinski est un réflexe anormal, et qui n'apparaît chez l'homme sain, indemne de

---

(1) Cet argument peut expliquer aussi, pourquoi dans d'autres cas en excitant le bord interne ou le bord externe on produit un seul réflexe, le r. de Babinski

(2) Van Gehuchten. Réflexes cutanés et réflexes tendineux. Congrès interne de médecine de Paris 1900. Comptes rendus de la Section de Neurologie, p. 175.

toute lésion nerveuse. Tout le monde n'est pas d'accord avec lui, car voilà ce que disent beaucoup d'observateurs (1).

« M. Martin Cohn déclare qu'avant l'âge d'un an le réflexe plan-
» taire manque ou se produit en extension. Schuler est d'un autre
» avis. D'après cet auteur le réflexe plantaire manque dans la pro-
» portion de 40 p.c. des cas, il est en flexion dans 30 p.c. et il n'est
» en extension que seulement dans 12 p.c., variable dans 18 p.c.
» James Collier a trouvé que le réflexe plantaire est en extension chez
» les enfants qui ne marchent pas et en flexion chez ceux qui mar-
» chent. Il ajoute que pendant le sommeil, jusqu'à l'âge de douze
» ans, l'extension n'est pas rare. Muggia trouve que chez le nou-
» veau-né l'extension est constante, qu'après six mois elle diminue,
» qu'après deux ans elle ne se produit chez l'adulte que grâce à un
» état pathologique. Crocq, à la suite de ses recherches, se range en
» partie à l'opinion de Muggia, en partie à celle de Collier.

» Comme ces deux auteurs, Crocq pense que l'extension est la
» règle de dix à douze mois et que, passé cette époque, l'extension
» diminue progressivement pour faire place à la flexion. Il n'admet
» pas avec Muggia que l'extension, à partir de deux ans, constitue
» un fait nettement pathologique. Bien qu'après cet âge la flexion
» devient de plus en plus fréquente, on rencontre encore cependant
» l'extension chez un nombre trop grand d'enfants pour pouvoir
» supposer qu'ils sont malades. »

M. Marinesco s'associé à Cohn, Schuler, Collier, Muggia et Crocq pour reconnaître que les enfants sains présentent en bas âge le signe de Babinski :

« Je ne saurais dire encore combien de temps après la naissance
» il est possible d'observer cet état du réflexe plantaire chez l'enfant.
» Je peux affirmer que toutes les fois qu'on constatera le signe de
» Babinski à l'âge de deux ans et pendant le réveil on est certain
» qu'il s'agit d'un phénomène normal »

De plus M. Marinesco a cherché ce symptôme chez des personnes normales pendant le sommeil, et il l'a trouvé constant chez les nouveau-nés; sur quatre enfants âgés de 5 à 14 ans et chez quatre personnes adultes, dont une seulement atteinte d'hémiplégie infantile, sans phénomène de Babinski pendant le reveil.

Dans un travail déjà publié (2) et analysant le symptôme de Babinski, nous l'avons décomposé en plusieurs types 1° une flexion légère du petit orteil avec un peu d'écartement de cet orteil (abduction) ; 2° un mouvement des deux derniers orteils et quelquefois des trois derniers orteils, caractérisé par une flexion de leur première phalange sur le métatarsien correspondant avec

(1) Cités d'après MARINESCO, *loc. cit.*
(2) NOIKA et SAKCLARIE, *loc. cit.*

extension des deux autres phalanges. Ce mouvement est de plus, associé à un écartement des deux ou des trois derniers orteils, pendant que le gros orteil reste immobile; cette abduction est surtout accentuée pour le petit orteil, moins pour le quatrième et très peu pour le troisième.

Ces deux types ou seulement le premier constitue pour nous le réflexe plantaire externe, en opposition avec le réflexe plantaire classique, parce que le premier se produit en excitant le bord externe de la plante du pied, tandis que l'autre on le provoque avec plus de préférence quand on excite le bord interne. Le réflexe plantaire externe on peut le rencontrer chez des personnes normales, surtout chez les enfants, les adolescents ou chez les personnes adultes. Il me semble que plus la personne est jeune, plus on a la chance de le trouver et vice-versa, plus elle est âgée moins on le trouvera. Chez les hémiplégiques, adultes même, il nous a paru le trouver plus facilement du côté sain, tandis que du côté malade existait le signe de Babinski.

Troisième type: flexion et écartement de quatre derniers orteils. Par flexion nous entendons toujours la flexion en bas seulement des premières phalanges sur les métatarsiens, tandis que les autres phalanges de chaque orteil s'étendent.

Ce type constitue le signe d'abduction des orteils de Babinski, que nous avons rencontré chez les mêmes personnes précédentes, mais beaucoup plus rarement.

Les types suivants nous les avons rencontré seulement dans les cas de lésions ou des troubles du faisceau pyramidal. Ils représentent pour nous le phénomène des orteils ou signe de Babinski.

Quatrième type: flexion et écartement des trois derniers orteils et extension des deux premiers, ou seulement du gros orteil, le second restant alors immobile.

Cinquième type: flexion et écartement des quatre derniers orteils et extension du gros orteil.

Sixième type: extension du gros orteil.

Septième type: extension du gros orteil et des quatre derniers orteils.

Huitième type: les mouvements précédents se compliquent d'une adduction et d'une rotation du pied en dedans, quelque fois au contraire d'une abduction avec rotation en dehors.

Par conséquent, pour nous, il n'est pas très rare de trouver normalement une ébauche de réflexe de Babinski, ébauche sous la forme d'un réflexe plantaire externe, ou même d'un réflexe abducteur des orteils, mais s'il arrive une perturbation dans le fonctionnement du faisceau pyramidal, alors cette ébauche ou ce petit réflexe, se pro-

page, excite les autres muscles de la même racine médullaire (la cinquième lombaire) et alors il se produit le signe de Babinski, dont la principale manifestation doit consister dans l'extension dorsale du gros orteil. J'ajoute aujourd'hui, que cette propagation de l'excitation s'étend plus en haut, c'est-à-dire à des noyaux musculaires situés au-dessus de ceux qui sont l'origine des muscles de la cinquième lombaire, je veux dire qu'elle se propage aux muscles extenseurs du genou (quatrième racine lombaire) et même aux muscles adducteurs de la cuisse (troisième racine lombaire), d'où résulte une flexion dorsale du pied et une extension du genou.

Il résulte donc des travaux de Martin, Cohn, Schuler, James Collier, Muggia, Crocq, Marinesco et nous que le réflexe de Babinski existe chez le nouveau-né, que, à partir d'un certain âge, je dirai même, après Kalischer, que, à partir du moment que la marche commence à se développer, ce réflexe se réduit à un état d'ébauche et à côté se développe un autre réflexe, le réflexe plantaire interne en flexion.

Il reste encore un point à élucider: Pourquoi chez le nouveau-né on constate le réflexe de Babinski et seulement lui, et pourquoi à partir du moment que l'enfant commence à marcher, ce réflexe se réduit à une ébauche, tandis qu'un autre réflexe se produit à côté de lui, le réflexe plantaire classique en flexion?

Si on regarde un enfant nouveau-né de sept à dix jours, comme nous l'avons fait dans une Maternité, on voit que tout le temps il fait des mouvements de flexion des membres inférieurs: le pied s'élève et se renverse sur la jambe, la jambe se fléchit sur la cuisse et celle-ci sur le bassin. C'est le mouvement de défense de tout le monde et de tous les âges; quand nous piquons par surprise brusquement la plante du pied d'un individu, on voit alors que l'individu exécute le mouvement que nous venons de décrire presque inconsciemment. Ce mouvement de défense est un mouvement coordonné.

Les faits, observés par nous chez le nourrisson, avant qu'il commence à marcher, nous font penser que, probablement c'est le centre coordinateur des fléchisseurs qui est développé chez lui et par conséquent aussi les centres moteurs de la moelle, l'origine nucléaire des muscles fléchisseurs des membres inférieurs.

Mais une fois que l'enfant commence à marcher il se développerait alors un autre centre, celui des extenseurs, qui commande aux centres moteurs médullaires, l'origine nucléaire des muscles extenseurs des membres inférieurs, qui, à leur tour, par leurs racines motrices commandent des contractions aux muscles innervés par elles. Le centre coordinateur des fléchisseurs ne disparaît pas, mais il reste plus faible en rapport avec l'autre des ex-

tenseurs, voilà pourquoi chez un homme normal les extenseurs sont plus forts que les fléchisseurs, et voilà pourquoi un homme a plus de force à baisser la pointe du pied et à fléchir en bas les orteils, qu'à soulever la pointe du pied c'est-à-dire à renverser le pied sur la jambe et à renverser les orteils sur la face dorsale du pied.

Voilà pourquoi chez un adulte si vous excitez légèrement la plante du pied, surtout du côté interne, c'est un réflexe plantaire en flexion que vous trouvez, tandis que chez le nouveau-né, chez l'enfant qui n'a pas encore marché, le réflexe le plus fort et même cette fois-ci le seul qui se produit, c'est le réflexe en flexion dorsale.

J'ai vu un nourrisson de neuf mois, l'enfant d'une surveillante de l'Hospice de la Salpétrière, qui avait toujours les segments des membres fléchis comme les nourrissons de sept à dix jours, et qui faisait les mêmes mouvements de flexion des membres, mais de temps en temps il abaissait aussi le pied au lieu de renverser sur le dos, comme il le faisait d'habitude. La mère, intelligente et bonne observatrice, nous dit (sans que nous lui demandions) qu'elle a remarqué que son bébé abaisse le pied seulement depuis l'âge de six mois. Donc nous venons au monde avec le centre cérébral et les centres médullaires correspondant aux fonctions des muscles fléchisseurs des membres inférieurs, et seulement, probablement, à partir de six mois, que les centres des mouvements des muscles exteneurs commencent aussi à se développer. La preuve que la manifestation clinique du réflexe de Babinski, chez les enfants, est modifiée par le développement de la marche, c'est-à-dire du développement des centres moteurs des muscles extenseurs, c'est que nous avons trouvé le réflexe de Babinski aussi chez les filles idiotes du service de M. Voisin à la Salpétrière, chez toutes celles dont leur marche est encore défectueuse. La preuve que ce fait ne tenait pas à l'âge, mais au développement de la marche, c'est que nous avons trouvé le signe de Babinski chez une idiote de vingt-quatre ans, dont la marche est encore défectueuse, très peu développée, tandis qu'une autre qui avait onze ans, ne le présentait pas, parce que, quoique idiote elle aussi, elle marchait assez bien. Il est bien entendu, que nous avons examiné seulement des idiotes qui n'avaient pas de lésions du faisceau pyramidal (hémiplégies, diplégies) ni même celles qui avaient des accès d'épilepsie. Chez tous les idiots qui présentaient le réflexe de Babinski, la position des membres inférieurs dans leur lit était, pendant que nous les examinons, toujours en flexion, tandis que la fille de onze ans, les tenaient, tout le temps que nous avons été auprès de son lit, en extension.

Il en résulte, qu'avec le développement de la marche, ce qui est en rapport direct avec le développement du faisceau pyramidal, le réflexe de Babinski, disparaît ou se réduit à l'état d'ébauche, et que,

s'il survient un trouble dans le fonctionnement du faisceau pyramydal (Babinski), ce réflexe réapparaît. De plus, ce réflexe persiste avec les caractères décrits par Babinski, tant que le fonctionnement du faisceau pyramidal ne se rétablit pas.

Sur un cas d'infantilisme dysthyroïdien et dysorhitique

PAR

C. PARHON, Docent à la Clinique des maladies nerveuses de Bucarest
et
C. MIHAILESCO, Interne des hôpitaux de Bucarest

Nous exposons dans ce travail en quelques mots l'histoire d'un cas se rattachant à la pathologie des troubles du développement, question qui, d'après nous, est digne du plus grand intérêt.

Il s'agit d'un garçon de 14 ans qui ne semble pas présenter des antécédents héréditaires manifestes. Mais comme nous n'avons pas vu sa mère il n'est pas permis d'exclure d'une façon absolue l'existence chez cette dernière de quelque tare hypothyroïdienne. Il a eu encore dix frères ou sœurs dont il ne reste plus qu'un frère âgé de 23 ans. Les autres ont succombé en bas âge (entre trois et six ans.)

Le malade aurait souffert vers 7 ans, pendant deux mois, de dysentérie. Il n'aurait pas eu d'autres maladies. Le père du malade est venu nous demander des médicaments pour son fils qui perde l'urine dans le lit pendant le sommeil. Nous lui avons prescrit de la strychnine et lui avons recommandé de nous apporter l'enfant afin de l'examiner.

Dès que nous l'avons vu nous avons été frappé par l'aspect général du malade et nous avons pu affirmer même avant de continuer notre examen, qu'il s'agit d'un enfant atteint d'une dystrophie d'origine glandulaire surtout thyroïdienne.

L'examen plus complet du malade relève ce qui suit :

Sa taille est de 1 m. 40 ce qui est normal pour son âge. Son poids est par contre de 43 kilos 600 grammes ce qui dépasse de 10 kilos 500 grammes le poids moyen d'un enfant de son âge (33 kilos 100 grammes).

Cette augmentation de poids tient à l'acumulation d'une grande quantité de tissu adipeux ce qui donne à la figure ainsi qu'aux membres une forme arrondie féminine.

La face est arrondie, lunaire, les joues sont rouges, les fentes palpébrales petites à cause de l'accumulation du tissu adipeux. C'est cette même cause qui détermine la formation d'un double menton. Le nez est un peu aplati vers sa racine. Les cheveux sont épais et

abondants. Le front est petit. Il en est de même pour les oreilles dont les lobules sont adhérentes.

Le cou est court (0.04 centim.) et gros (0,29 centim. de circonférence). La glande thyroïde est impalpable, ce qui d'ailleurs ne vaut pas dire qu'elle est absente. Le thorax normalement conformé présente une circonférence de 0.75 centim. sous les aisselles de même qu'à sa base. L'abdomen présente une circonférence de 0,73 centimètres. La hauteur du tronc de l'extrémité supérieure du sternum à la symphyse publienne est 0 m.50.

Les principales mesures antropométriques nous donnent les chiffres suivantes :

La heuteur du vertex (à partir du sol) est de 1 m. 44; de l'acromion 1 m. 21; de l'épicondyle 0 m. 91; de l'apophyse styloïde 0 m. 69; longueur du bras 0 m. 30.

La différence entre 0 m.91 et 0 m. 69 est 0 m. 22, ce qui représente la longueur de l'avant-bras.

De l'extrémité du médius au sol est 0 m. 55.

La différence entre 0 m. 69 et 0 m. 55 est 0 m. 14, ce qui nous donne la longueur de la main.

De l'épine iliaque antérosupérieure au sol est 0 m. 86.

De l'interligne articulaire du genou au sol est 0 m. 41 1/2.

La différence entre les deux dernières chiffres est de 0 m. 44 1/2 et nous indique la longueur de la cuisse.

De la maléole externe au sol est de 0 m. 04.

La différence entre les deux dernières chiffres est de 0 m. 37 1/2 et nous donne la longueur de la jambe.

La hauteur du pied est de 0 m. 04.

La distance biacromiale est de 0 m. 29 1/2; celle de la bihumérale, de 0 m. 315 et celle de de la bitrochantérienne est de 0 m. 280.

Le diamètre antéro-postérieur de la tête est de 0 m. 175; celui du bipariétal est de 0 m. 145.

La distance entre les extrémités des membres supérieures étendus perpendiculairement sur le tronc est de 1 m. 435.

La circonférence des bras vers leur milieu est de 0 m. 225; celle des avant bras à leur partie supérieure de 0 m. 22.

La circonférance des cuisses à leur extrémité supérieure est de 0 m. 485.

La circonférence des jambes à l'union du tiers supérieur avec le moyen est de 0 m. 30.

Les fesses sont rondes et riches en tissu adipeux.

Les organes génitaux attirent l'attention par le faible développement du penis et surtout par le fait que le testicule gauche est resté à l'orifice du canal inguinal et n'est pas descendu dans le scrotum. Il est donc en cryptorchidie.

Nous ajoutons que l'enfant présente une dentition normale, que

les organes thoraco-abdominales paraissent saines, qu'il ne présente pas des troubles de la sensibilité, de la motilité ou des réflexes.

Il ne nous a pas attiré l'attention par aucune particularité psychique et son état mental ne semble pas différer sensiblement de celui des enfants de son âge.

L'urine en quantité de 800 grammes par jour avec la densité de 1,020 contient par litre: urée 10 gr. 15 ; acide phosphorique 0 gr. 80; calcium 0 gr. 21.

Nous avons soumis ce malade au traitement thyroïdien (macération glycérinée à 1 : 5). La dose quotidienne était d'une cuillerée à café correspondant à un gramme de glande fraiche.

Il a suivie ce traitement du 28 janvier au 15 mars. Voici le résultat de ce traitement :

Le 6 mars on note ce qui suit: le testicule gauche est descendu dans les bourses. Le malade ne pèse plus que 42 kilogrammes au lieu de 43,600. Cette diminution de poids s'est faite surtout sur le compte du tissu adipeux. En mesurant de nouveau la circonférence des membres on trouve une différence en moins de 1 centim. 5 pour les bras, de 1 centim. pour les avant-bras et de 0,5 centim. pour les cuisses et les jambes. La figure de même a perdu de son tissu adipeux elle est moins arrondie. Le périmètre thoracique et abdominal n'a pas été sensiblement influencé.

Par contre certaines segments de membres ont augmenté en longueur. C'est ainsi que la hauteur de l'épicondyle au sol est maintenant de 92 au lieu de 91. La distance qui sépare l'apophyse styloïde du radius du sol est de 0,725 au lieu de 0,69. La distance de l'extrémité du médius au sol et de 0 m. 57 au lieu de 0 m. 55.

Ladistance de l'interligne articulaire du genou au sol est de 0.42 au lieu de 41,5 et celle de la maléole externe au sol de 0,045 au lieu de 0.04.

Les autres diamètres ou longueurs n'ont pas été influencés d'une manière évidente.

Une nouvelle analyse urinaire pratiquée pendant le traitement nous montre que la quantité de celle-ci est resté la même au moins le jour où elle a été recueillie (800 gr.) mais la densité est maintenant de 1,025 et l'urée 23,20 par litre au lieu de 10 gr. 15; l'acide phosphorique 1 gr. 90 au lieu de 0 gr. 80; le calcium 0 gr. 25 au lieu de 0 gr. 21. On constate donc une exagération très prononcée des éliminations urinaires.

Si l'on analyse cette observation on trouve à signaler plusieurs points :

1° La taille normale coexistant avec un développement un peu excessif du tissu adipeux ce qui cache les reliefs musculaires et donne la forme arrondie des membres.

2° Le nez est un peu aplati à sa racine, le cou est court.

3° La différence entre le diamètre bihumérale et bitrochantérien (0,315 pour le premier et 0,280 pour le second) est 0,035 et plus petite qu'à l'état normal.

On sait que chez l'homme cette différence est d'un cinquième, en faveur du diamètre bihumérale. Chez la femme cette différence est seulement d'une douzième.

La différence de notre cas est de beaucoup plus petite que celle observée à l'état normal et approche notre malade du type féminin ;

4° Notre malade a présenté une cryptorchidie ;

5° Il a présenté de même des pertes nocturnes de l'urine.

6° Le traitement thyroïdien l'a fait maigrir d'une façon appréciable ; son testicule est descendu dans le scrotum.

Certains des troubles présentés par ce malade peuvent être mis sur le compte de l'insuffisance thyroïdienne ou pour mieu dire de l'hypofonction de cette glande.

Nous pouvons citer parmi ceux-ci le peu de longueur du cou, l'applatissement de la racine du nez, le développement exagérée du tissu adipeux.

Ce dernier phénomène avec la faible différence entre les diamètres huméral et trochantérien, constituent des caractères de féminisme.

Il semble qu'il faut mettre aussi en rapport avec l'hypothyroïdisme les pertes nocturnes des urines et la monorchidie de cet enfant. C'est au moins l'opinion de Hertoghe qui, parlant des caractères de l'hypothyroïdie bénigne chronique chez l'enfant signale, la fréquence de la monorchidie qui passe généralement inaperçue. Il a trouvé souvent ce trouble chez des enfants atteints de l'incontinence nocturne de l'urine, phénomène qu'il considère comme un véritable infantilisme vésical.

L'opothérapie confirme l'opinion de Hertoghe dans notre cas au moins en ce qui concerne la monocryptorchidie car l'incontinence avait déjà cessé sous l'influence de la strichnine.

Nous avons vu dans notre cas comme Apert dans un autre, le testicule descendre dans le scrotum sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne.

On trouve, il est vrai, aussi chez notre malade l'absence de certaines phénomènes relevant de l'insuffisance thyroïdienne. C'est ainsi que sa taille est normale et il en est de même pour la dentition et pour le teint du visage.

Mais cela n'exclut nullement la nature hypothyroïdienne des symptômes signalés plus haut.

Nous avons étiqueté notre cas du nom d'infantilisme ?

Peut-on faire un pareil diagnostic chez un enfant dont la taille est normale ?

Nous croyons qu'on peut répondre par l'affirmative. On sait que la hauteur de la taille n'a rien d'incompatible avec le diagnostic d infantilisme car on a décrit, et à juste raison, un infantilisme avec gigantisme.

Ce qui caractérise surtout l'infantilisme c'est l'absence de la puberté. Or celle-ci est loin d'apparaître souvent à 14 ans, l'âge de notre malade. Mais celui-ci est plus enfant que les enfants de son âge. Les pertes nocturnes de l'urine sont un caractère de la première enfance et l'absence de descente du testicule dans le scrotum est un caractère de la vie fœtale. A ce point de vue on pourrait parler chez notre malade non seulement d'un infantilisme mais même d'un fœtalisme partiel.

Le point de départ des troubles de notre malade nous semble devoir être cherché dans une certaine insuffisance de la glande thyroïde ainsi qu'en témoignenet non seulement les phénomènes d'hypothyroïdisme signalés plus haut mais aussi les résultats thérapeutiques. Par son origine thyroïdienne notre cas constitue un cas *d'infantilisme vraie* au sens que Brissaud attribue à ce mot.

On peut penser que d'autres troubles présentés par notre malade étaient dus à une absence (ou une perversion,) de la fonction testiculaire normale. Il en est ainsi pour les caractères de féminisme que nous avons notés.

C'est le motif pour lequel nous avons intitulé notre cas infantilisme dysthyroïdien et dysorchitique.

D'ailleurs il n'y a pas d'infantilisme dans lequel les glandes sexuelles fonctionnent normalement, car s'il est trop vrai qu'il n'y a pas de puberté (1) sans glande thyroïde; il n'en est pas moins vrai que la puberté apparaît toujours comme une conséquence de l'entrée en fonction des glandes sexuelles et elle est toujours absente si ces glandes sont absentes elles aussi et ne fonctionnent pas, même si le corps thyroïde est normal. On s'explique de cette façon l'infantilisme des géants ou des castrés dans le jeune âge.

C'est là une notion qu'il faut avoir toujours en vue dans l'interprétation de la pathogénie de l'infantilisme.

Si l'absence du corps thyroïde empêche l'apparition des caractères sexuels secondaires (ou si l'on veut tertiaires), cela est dû en grande partie au fait que cette absence empêche le fonctionnement des glandes sexuelles.

---

(1) On pourrait prendre ce mot dans une acception plus large et dire que la puberté consiste en l'apparition des caractères sexuels propres à la maturité de ces organes. Dans ce cas, on pourrait parler d'une puberté des animaux invertébrés et même des plantes. Évidemment dans ces cas, on ne peut plus parler du rôle de la glande thyroïde.

SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE

—

Séance du 29 février 1908. — Présidence de M. le D[r] BIENFAIT

—

De la précision dans le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien

M. LEY. — Messieurs, je désire vous démontrer un procédé de numération des éléments cellulaires contenus dans le liquide céphalo- rachidien ; ce procédé est peu appliqué encore par nos collègues qui font régulièrement la ponction lombaire. Ils se servent presque tous du procédé décrit par les Français (Widal et Ravaut), qui consiste à centrifuger le liquide et à aspirer de culot au moyen d'une pipette capillaire ; on étale le culot sur trois lamelles, on fixe et on colore par les moyens habituels. Un lavage avec un mélange d'alcool absolu et d'éther est très recommandable avant la fixation proprement dite.

Ce procédé ne donne aucune idée de la quantité de leucocytes contenus dans le liquide examiné. Les uns centrifugent vite, d'autres plus lentement, et le dépôt est des plus variables. Le nombre de tours exécutés par minute est différent pour chaque appareil et les résultats ne sont donc absolument pas comparables.

De plus ce procédé donne souvent des préparations défectueuses ; on trouve dans le culot des globules rouges, des cristaux, des impuretés, qui gênent souvent notablement l'appréciation de la réaction leucocytaire. Parfois aussi les cellules et les cristaux forment une masse compacte dans laquelle on démêle difficilement les éléments du cyto-diagnostic.

Fuchs et Rosenthal (1) ont décrit un procédé qui permet l'appréciation exacte du nombre de globules blancs par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien. Ils se servent pour cela d'une chambre humide analogue à celle qui sert à compter les globules du sang. La maison Zeiss la fournit. Cette chambre a des dimensions beaucoup plus considérables que la chambre de Thoma ; elle a une capacité de 3,2 millimètres cubes (4 millimètres de côté et 0,2 millimètres de profondeur. On se sert pour la remplir du mélangeur ordinaire en usage pour les globules blancs, portant une division de 1 à 11. On remplit d'abord la pipette mélangeur jusque la division 1 avec du liquide colorant (contrairement à ce qu'on fait pour le sang où l'on prend une partie de sang et dix parties de colorant). Ce liquide colorant est composé comme suit :

Methylviolett	10	centigr.
Aq. destill.	50	grammes.
Acid. acet. glac.	2	grammes.
M. et filtra.		

On aspire ensuite du liquide céphalo-rachidien, placé dans un verre de montre aussi rapidement que possible après la ponction, jusqu'à la

(1) WIENER. *Med. Presse*, 1904, n° 44.

division II. On agite le mélange pendant cinq minutes et on en dépose une goutte dans la chambre en ayant soin de laisser écouler les premières gouttes du liquide et de ne recueillir que la troisième ou la quatrième.

Nous allons exécuter le procédé ici même, sur ce liquide céphalo-rachidien enlevé tantôt à un paralytique général, et vous pourrez consta er ses avantages comme précision et comme rapidité.

Nous allons donc compter tous les globules contenus dans la chambre (256 petits carrés) et ce nombre étant désigné par *a*, nous obtiendrons le nombre de globules contenus dans un millimètre cube, par la formule :

Les avantages du procédé sont :

$$\frac{11\ A}{32}$$

1° L'exactitude indiscutable et la compatibilité des résultats obtenus à diverses périodes d'une maladie ou par divers expérimentateurs;

2° Rapidité beaucoup plus grande; la centrifugation est souvent longue et désagréable à exécuter;

3° Très petite quantité de liquide nécessaire, avantage appréciable pour ceux que la ponction lombaire un peu abondante, effraie, ou dans les cas de tumeur soupçonnée, lorsque les accidents de la ponction sont à craindre.

4° Les globules rouges ne gênent absolument pas le diagnostic comme vous pouvez le constater; ils se distinguent facilement et sont fort décolorés.

Le seul reproche qu'on puisse faire à la méthode c'est de permettre difficilement la coloration fine des diverses cellules leucocytaires. Pour obtenir celle-ci il faut recourir au procédé français de la centrifugation; les deux méthodes ne s'excluent donc pas, elles se complètent.

Discussion

M. SANO. — Je suis d'accord avec M. Ley sur la valeur du procédé rapide qu'il vient de nous démontrer. Précieux au lit du malade, il demande à être complété par l'examen qui nous indique la nature des cellules observées.

M. BIENFAIT. — Les procédés allemand et français ont chacun leur utilité spéciale : l'un donne une notion de la quantité, l'autre de la qualité; loin de s'exclure ils se complètent.

M. BOULENGER. — Le procédé allemand pour la numération des globules blancs du liquide céphalo-rachidien, est absolument comparable au procédé ordinaire de l'analyse quantitative des globules blancs dans le sang. Toutefois, ce procédé permet déjà une analyse qualitative partielle au point de vue de la différenciation en lymphocytes et polynucléés, et peut ainsi indiquer si l'on a affaire à une inflammation chronique ou aiguë. Cependant, comme l'a fait remarquer notre confrère Ley, le procédé français de centrifugation et de coloration sur plaques reste entier au point de vue de l'analyse qualitative des leucocytes; il complète le procédé clinique allemand au point de vue de la précision qualitative.

Sur un cas d'infantilisme dysthyroïdien et dysorhitique

MM. PARHON et MIHAILESCO. Voir cet article dans le présent numéro.

Discussion

M. BIENFAIT. — Il est certain que le système nerveux central joue un rôle primordial dans l'incontinence d'urine des enfants et des jeunes gens. On peut guérir cette infirmité par des moyens disparates et notamment par la suggestion indirecte. Un médecin militaire obtint d'excellents résultats par le régime lacté et l'isolement prolongé jusqu'à la guérison. Celle-ci ne tarde jamais, dit-il, à se produire.

M. LEY. — Il existe bien certainement des cas d'incontinence nocturne d'urine qui sont exclusivement sous la dépendance de l'insuffisance thyroïdienne. J'en ai personnellement observé plusieurs.

Je voudrais rappeler à votre souvenir un vieux médicament qui donne parfois des résultats rapides dans l'incontinence essentielle, c'est la belladone, recommandée par Trousseau. Le sulfate d'atropine donné à un demi-milligramme le soir au coucher, amène parfois des résulatts étonnants et durables.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 6 février 1908. — Présidence de M. Klippel

Paralysiepost-épileptique transitoire à type de paralysie pseudo-bulbaire

M. RAYMOND et P. ROSE présentent une jeune femme de 18 ans, présentant depuis l'âge de 8 ans des séries de *crises comitiales* à début par les lèvres, durant en général deux à trois semaines et survenant tous les quatre à cinq mois ; on note au cours de ces séries une *parésie des muscles des lèvres, de la langue et du voile du palais.* Complète au début, l'anarthrie s'amende progressivement et les troubles de la déglutition s'améliorent et disparaissent presque immédiatement après les crises. Fréquemment on constate en même temps un certain degré d'obnubilation intellectuelle et des troubles de l'écriture qui en découlent. Dans la crise actuelle, rien de pareil ne s'est produit.

Il s'agit donc d'une *paralysie labio-glosso-palatine post-épileptique transitoire,* c'est-à-dire d'une paralysie pseudo-bulbaire passagère. Le diagnostic clinique et étiologique est trop évident pour que nous y insistions ; les paralysies post-convulsives ne constituent pas à proprement parler une rareté, même au cours de l'épilepsie essentielle, mais leur localisation particulière dans ce cas nous a paru justifier la présentation de la malade.

Syringomyélie fruste avec manifestations anormales

MM. KLIPPEL et MONIER présentent un malade âgé de 43 ans, atteint de troubles complexes. *Certains sont de nature organique* (cyphoscoliose, ectasies capillaires permanentes, sueurs unilatérales), *tandis que d'autres au con-*

traire sont singuliers dans leur degré et leur topographie, et, comme le malade, déjà spontanément très impressionnable, a été à maintes reprises l'objet d'examens faits par divers observateurs, il nous paraît qu'une part de suggestion est intervenue, particulièrement en ce qui concerne certains des troubles de la sensibilité.

Les troubles organiques nous semblent relever d'une lésion médullaire syringomyélique. La maladie, outre un signe classique et habituel, la cyphoscoliose, présente ici des manifestations vraiment exceptionnelles: des *télangiectasies* unilatérales, *délimitées par une ligne droite* au niveau du front, elles sont permanentes; et par leur confluence, leur permanence, leur absence de toute lésion locale pouvant les expliquer, elles ont des caractères bien particuliers qui doivent leur faire attribuer une *origine neurotrophique*. On peut les considérer dans le cas particulier comme l'un des signes de la syringomyélie, bien que ce signe ne soit pas encore signalé par les auteurs classiques. Les sueurs locales, unilatérales du même côté, sont à rapprocher de ce trouble.

Il faut aussi retenir que *ce malade a présenté plusieurs crises de fausse angine de poitrine*, caractérisées par leur répétition et leur violence. De telles crises se rencontrent dans les maladies organiques du système nerveux. Mais, jusqu'ici, elles n'avaient pas été signalées dans la syringomyélie.

Tumeur de la protubérance ; Paralysie des mouvements associés des yeux; anesthésie cornéenne

MM. RAYMOND et CLAUDE rapportent le cas d'un jeune homme de 20 ans, atteint, en juillet 1907, d'une gêne de la vision, d'instabilité dans la marche et d'une hémiparésie gauche. Actuellement il y a *hémiplégie gauche incomplète*, sans participation de la face, accompagnée de mouvements involontaires dans ce côté, d'*hémiataxie* et d'*hémiasynergie*. La station debout est difficile, la *marche titubante*, avec tendance à la chute à gauche. Les sensibilités sont *diminuées*, surtout dans les extrémités gauches. Il y a *parésie faciale à droite*: il s'agit donc d'un *syndrome alterne*. Les réflexes sont plus fort à gauches; il y a Babinski des deux côtés. Du côté des yeux, il y a *paralysie des mouvements de latéralité à droite et à gauche*, une dimunition de la convergence ainsi que de l'élévation avec conservation de l'abaissement; absence du réflexe palpébral *sans anesthésie de la face* ou des muqueuses. Cette anesthésie cornéenne, en l'absence d'anesthésie du trijumeau, a été signalée dans quelques cas comme symptôme d'une tumeur protubérantielle; le fait est rare et méritait d'être indiqué. On s'explique mal une pareille dissociation des troubles de la sensibilité dans le domaine des deux cinquièmes paires par lésion de leurs noyaux; peut-être certains filets présidant à la sensibilité réflexe des muqueuses cornéennes passent-ils dans la protubérance au voisinage du faisceau longitudinal postérieur et sont-ils atteints comme ce dernier par les lésions, qui, unilatérales au début, dépassent peu à peu la ligne médiane. C'est d'ailleurs cette altération du faisceau longitudinal qui nous paraît devoir être mise en cause dans la paralysie des mouvements associés des yeux.

M. SOUQUES. — Chez un de mes malades d'Ivry, atteint d'une lésion protubérantielle, j'ai constaté que l'anesthésie s'accompagnait d'une abolition complète du sens stéréognostique.

Deux cas de paralysie infantile avec paralysie faciale

M. ACHARD rapporte l'observation de deux malades atteints de paralysie infantile avec participation des nerfs bulbaires.

Le premier est un exemple d'une forme exceptionnelle de paralysie infantile:

la *forme hémiplégique*, dont MM. Dejerine, Huet et Thomas ont publié des cas. Chez la seconde malade, la paralysie a frappé, d'une façon très inégale, *les deux membres inférieurs et l'un des membres supérieurs*. Mais, en outre, *dans les deux cas, la paralysie de la face coexiste avec celle des membres, du côté de l'hémiplégie dans le premier, du côté de la paralysie du membre supérieur dans l'autre*. Cette paralysie faciale porte *seulement sur le facial inférieur*, en sorte qu'on pourrait la rapporter à une lésion centrale. Or, il est remarquable que les observations déjà publiées, en petit nombre il est vrai, de paralysie faciale accompagnant la paralysie infantile, mentionnent habituellement qu'il s'agit d'une paralysie totale, affectant, à la manière d'une paralysie périphérique, l'orbiculaire palpébral. De plus, ces observations concernent des sujets jeunes et récemment frappés, au lieu que, dans ces deux cas, il s'agit d'adultes et de paralysies anciennes.

Il convient encore de signaler chez ces deux malades une *légère inégalité des pupilles*, avec largeur plus grande de la pupille du côté de la paralysie faciale. On pourrait, dans le premier cas, songer à une lésion du noyau du sphincter irien. Mais dans le second, la pupille opposée, plus étroite et un peu mobile, recouverte par une cornée voilée d'une taie, indique plutôt une lésion de cet œil.

Enfin, il faut encore noter chez le premier malade une *paralysie de l'hypoglosse du côté de la paralysie faciale*, avec déviation de la langue vers ce côté. Cette coexistence de la paralysie faciale avec une paralysie de l'hypoglosse et aussi du sphincter irien du même côté est également signalée dans une observation de Medin. Chez la seconde malade, au contraire, la langue était déviée vers le côté sain, la fente buccale s'ouvrant moins largement du côté paralysé à cause de l'atrophie.

M. P. MARIE. — Lorsque la paralysie infantile atteint les membres supérieurs, les enfants n'ont le plus souvent qu'une courte survie. C'est ainsi qu'à Bicêtre je n'ai guère vu que trois ou quatre cas de paralysie infantile des membres supérieurs, contre quarante ou cinquante cas de paralysie des membres inférieurs.

Syndrôme de débilité motrice chez deux enfants atteints de débilité mentale

MM. MERY et DELILLE. — Au mois de juin dernier, l'un de nous a amené à la Société de Neurologie un enfant arriéré intellectuel présentant une double parésie des extenseurs de l'avant-bras. A cette occasion, M. Dupré a développé une intéressante conception générale des troubles de la motricité chez les arriérés, qu'il considère comme des manifestations d'une véritable hypogénésie motrice permettant de décrire un véritable *syndrome de débilité motrice*, constitué par de l'insuffisance de la contractilité volontaire et de la persistance de la contraction musculaire dans les attitudes passivement imprimées (paratonie) auxquels il faut joindre de l'hyperréflectivité tendineuse, de la syncinésie et de la maladresse constitutionnelle.

Nous avons eu depuis l'occasion de vérifier la justesse de cette conception ; aussi désirons-nous présenter aujourd'hui à la Société deux enfants qui présentent les principaux caractères de ce syndrome.

On trouve bien réunis, chez ces enfants, le *symptôme d'insuffisance de la contractilité volontaire*, puisqu'ils ne redressent pas les mains lorsqu'on écarte les avant-bras du corps, et la *persistance de la contraction musculaire dans les attitudes passivement imprimées* qui constituent la *paratonie* de Dupré ;

enfin chez le garçon existe en plus un certain degré de maladresse de syncinésie et de l'hyperréflectivité tendineuse. Dans ces deux cas *l'hypogénésie motrice correspond bien, suivant l'expression de M. Dupré, à l'hypogénésie psychique.*

Arthropathie tabétique monosymptomatique

MM. GILBERT BALLET et A. BARBE présentent un homme de 43 ans, syphilitique depuis 1894, qui ressentit des *douleurs* au genou gauche en 1906; puis ce genou enfla. Actuellement l'articulation est très augmentée de *volume, indolente;* les muscles du membre sont atrophiés, *les réflexes sont conservés, les pupilles sont normales,* mais l'examen du liquide céphalo-rachidien dénote une *forte lymphocytose.*

M. Pierre MARIE. — On peut se demander s'il s'agit bien réellement d'une arthropathie tabétique. La syphilis peut faire des arthropathies semblables en dehors du tabes; dans l'un et l'autre cas, on trouve une lymphocytose; celle-ci ne peut donc pas suffire pour affirmer la nature tabétique d'une arthropathie.

M. JOFFROY. — Les arthropathies tabétiques ont un début soudain très caractéristique qui ne semble pas avoir eu lieu dans le cas présent.

M. BRISSAUD. — L'examen des radiographies n'est pas non plus en faveur d'une arthropathie tabétique.

Les vieilles hydrarthroses donnent parfois lieu à des arthropathies analogues à celle de ce malade.

M. BARBE. — Le malade a de la lymphocytose très accusée, donc de la méningite chronique. Il nous a semblé rationnel de rapporter à cette méningite l'arthropathie dont il est atteint. Par sa physionomie, par le volume de la jointure, elle ressemble bien plus à une arthropathie tabétique qu'à toute autre. Il est vrai qu'elle ne s'est pas développée brusquement: mais il s'en faut que toutes les arthropathies du tabes apparaissent de la sorte.

Syndrôme de l'hémi-queue de cheval par méningo-radiculite syphilitique

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VERLIAC présentent les coupes de la moelle d'une femme *syphilitique* ayant présenté, à droite, le syndrome de l'hémi-queue de cheval: douleur à forme de sciatique, impotence de la jambe, steppage, abolition des réflexes rotuliens, achilléen, plantaire et anal, rétention d'urine, constipation, anesthésie tactile, douloureuse et thermique du pied et de la jambe, remontant sur la face externe jusqu'au genou, et en arrière s'étendant en bande longitudinale jusqu'au pli fessier. Au périnée, la région anesthésique dessinait une hémi-garniture droite comprenant en avant les faces cutanée et muqueuse de la grande lèvre, le vestibule avec empiètement sur la moitié gauche, la face interne du vagin, et en arrière la région périanale un peu moins anesthésiée à la périphérie qu'à son centre. Il existait, de plus, une hémiplégie gauche légère due à un ramollissement cérébral par artérite syphilitique. On fit le diagnostic de *syndrome de l'hémi-queue de cheval par lésion syphilitique unilatérale droite, probablement méningo-radiculite.*

L'autopsie confirma le diagnostic en montrant une *symphyse méningoradiculaire de la moitié droite de la queue de cheval.*

La masse principale de la symphyse englobe toute les racines sacrées droites et les deux dernières lombaires droites. Sur une coupe horizontale passant par son milieu, on voit de la face interne de la méninge épaissie partir de larges travées scléreuses, qui s'insinuent entre les faisceau de fibres nerveuses qu'elles morcellent et étouffent.

TRAVAUX ORIGINAUX

La méthode psycho-analytique et les « Abwehr-Neuropsychosen » de Freud

par

A. SCHMIERGELD, de Lodz.

et

P. PROVOTELLE, Ancien interne des Asiles français publics d'aliénés.

Les anciennes théories (Hippocrate, Boerhaave) attribuaient aux phénomènes hystériques une origine franchement génitale: tous les symptômes étaient à point de départ utérin, soit que cet organe fut privé de ses droits, soit au contraire qu'il présentât quelque appétit déréglé. Au demeurant l'hystérique était considérée comme une simple dépravée.

On constata ensuite que les phénomènes génitaux n'étaient qu'une représentation partielle de l'affection, que tous les organes et toutes les fonctions de l'individu pouvaient y participer, parce que les uns et les autres étaient au service d'une constitution, d'un état spécial du système nerveux donnant lieu à des réactions d'un ordre également spécial. Sans perdre de vue les relations qui existent entre la vie sexuelle et les phénomènes psychiques et somatiques, on cessa de considérer l'importance de l'élément sexuel comme capitale.

Il est donc curieux de voir certains auteurs modernes essayer de remettre en honneur la vieille théorie populaire de l'origine purement génitale des phénomènes hystériques. Freud (de Vienne) est venu en effet affirmer l'origine sexuelle non seulement des symptômes hystériques, mais de toute une foule de troubles au cours de diverses autres psychoses. Freud s'appuie sur la psycho-analyse, méthode qu'il emploie en même temps comme un mode de thérapeutique, comme une rééducation de l'état mental des psycho-névrotiques, des hystériques en particulier.

« La suggestion, dit Freud, agit comme la peinture, la psychothérapie comme la sculpture. L'une met des couleurs là où il n'y a rien ; l'autre enlève d'une masse existante tout ce qui est superflu pour créer une forme. La suggestion, au fond, ne s'intéresse pas à la génèse des symptômes morbides et croit pouvoir par la force de quelque chose de surajouté faire disparaître la maladie ; tandis que la psychothérapie par voie d'analyse détruit le superflu ; ayant trouvé la pathogénèse du symptôme, elle le détruit. »

Le psycho-thérapeute ne doit donc pas se contenter de rassurer le malade, de le raisonner sur le fait actuel ; il doit aider l'esprit du malade à remonter à travers l'obscurité où sont plongés les faits

anciens et reculés. Ainsi on renoue les chaînons, on réorganise la conscience en éclairant les faits oubliés; c'est une méthode de restauration de l'état mental, et au lieu de faire appel à la suggestibilité passive du sujet, on met en jeu son activité psychique.

En 1893, dans un premier article avec Breuer, article dans lequel Freud n'était pas encore arrivé à exprimer sa théorie actuelle sur l'origine exclusivement sexuelle de l'hystérie, on lisait que le malade est guéri lorsqu'on est parvenu à lui faire retrouver la conscience claire de son idée fixe, et par conséquent à le faire remonter par la méthode psycho-analytique à travers les dédales, forêts et territoires inconnus, états de conscience anormaux, états subconscieents, états hypnoïdaux. Dans ses derniers travaux il affirme d'une façon absolue l'origine purement sexuelle de tous les symptômes hystériques. Tandis que Janet dans sa psycho-analyse relie tous ces phénomènes à un trauma émotionnel de nature quelconque, où la sexualité ne joue qu'un rôle occasionnel ou accessoire, sans plus ni moins de fréquence que tout autre fait, — Freud, à la suite de nombreux examens d'états hystériques, ne leur attribue plus seulement la valeur d'une conséquence d'un trauma émotionnel quelconque, donnant naissance à un phénomène sans rapport direct, mais leur reconnaît la valeur d'un symbole, symbole de nature sexuelle et qui aurait toute son histoire dans l'évolution de l'individu. *Primitivement* il y aurait dans l'enfance des *phénomènes passifs* emmagasinés par le cerveau, phénomènes inconscients, réveillés plus tard *secondairement* par un *trauma génital conscient*. Le sujet veut alors doit se débarrasser de ce qu'il juge comme honteux, soit satisfaire le désir qui l'obsède. Comme, d'après Freud, dans le domaine de l'esprit comme ailleurs rien ne se perd, le malade expulsera soit le souvenir de son trauma, soit son désir irréalisé, tantôt dans le domaine somatique (crises hystériques, contractures, toux, aphonie...), tantôt dans le domaine de la vie psychique (hallucinations, obsessions, rêves).

Là donc où Janet met en avant l'état de dissociation de la personnalité provoquée par le trauma occasionnel, l'état d'infériorité de la cérébralité qui empêche l'action inhibitrice du cerveau de s'exercer, afin de laisser s'accomplir un jugement normal, là où il voit seulement automatisme, tendance à la répétition, stéréotypie, avec indépendance vis-à-vis la valeur qualitative du trauma émotionnel, Freud voit au contraire expulsion volontaire, satisfaction symbolique, en relation directe avec le trauma.

La caractéristique des théories de Freud tiendrait en cela, qu'au lieu de considérer la diminution de la puissance inhibitrice du cerveau, il faudrait considérer plutôt l'état d'exaltation imprimé par le cerveau lui-même à l'impression émotionnelle.

Pour Janet, ses malades sont des désintégrés mentaux. Pour Freud, sans méconnaître une hérédité parfois lourde, ses ma-

lades sont des gens intelligents. Sa méthode ne s'adresse même qu'à cette catégorie d'individus, à ceux qui sont capables de comprendre et de vouloir; pour les autres il faudrait conserver la méthode hypno-pédagogique ou celle par injonction affirmative; aux malades de Freud il faut la raison avec ses attributs de psychologie normale: association des idées, jugement, connaissance. L'infériorité intellectuelle serait une véritable contre-indication à la méthode.

* * *

Sous le nom de « Abwehr-Neuro-Psychosen », Freud range une série de faits: hystérie, obsessions, confusion hallucinatoire aiguë et leur reconnaît pour caractère commun d'avoir un mécanisme psychique inconscient, c'est-à-dire consistant en l'effort d'expulsion d'une image insupportable, en contradiction pénible avec le moi du malade. Cette conception ne serait pas une vue de l'esprit: pour constituer ce groupe nosographique Freud s'est basé sur les résultats fournis par de multiples psycho-analyses.

Est hystérique, dit Freud, tout individu qui réagit anormalement à l'excitation génitale. Cette hystérie peut ne présenter pendant longtemps aucun symptôme somatique. Si un drame se passe dans la vie psychique du malade, il peut ne donner lieu à aucune manifestation; mais qu'arrive un accident organique quelconque, enrouement, dyspnée, toux, etc., immédiatement le malade va symboliser, par expulsion sur ce symptôme somatique, les sentiments, dont il veut se débarrasser, ou qu'il ne peut réaliser.

Dans l'hystérie les symptômes somatiques seraient donc secondaires et symboliques d'une état psychique préexistant. Au début ce symptôme peut être un hôte gênant dans la vie psychique du malade, mais avec le temps les malades le conservent, en usent, l'ancrent dans leur psychisme. Le médecin traitant trouve même une grande difficulté alors à guérir son malade qui ne veut plus se séparer de son symptôme, qui lui remplace quelque chose, qui lui est un symbole.

Ceci étant dit, entrons dans le détail des idées de Freud, par un exposé de faits positifs qu'il a rapportés, malgré l'état fragmentaire de ce qu'il a publié. Nous prendrons comme exemple une observation qu'il a publiée en partie dans le *Monatschrifft für Psych. und Neur.*, 1906, et qui peut être considérée comme typique. Nous serons obligés d'abréger cette observation qui est très longue, d'extraire plutôt.

* * *

Dora ..., belle fille de 18 ans, intelligente, de riche famille.

Antécédents héréditaires très chargés du côté paternel.

La famille se composait du père, de la mère, d'un fils et d'une fille.

« Le père s'entendait très bien avec la fille qui psychiquement appartient à la lignée paternelle. La mère s'entendait mieux avec le fils. Attraction sexuelle», dit Freud. Cette dernière dominerait toute l'histoire de la maladie.

Antécédents personnels. A 8 ans, aurait eu des troubles respiratoires. Dyspnée attribuée au surmenage.

12 à 16 ans. — Des migraines avec toux nerveuse. Première visite de Freud pour enrouement de la voix et toux. Quelque temps avant elle avait eu des attaques d'aphonie transitoire. Cette visite sans suites, la jeune fille ne voulant pas subir un traitement psycho-analytique.

Changement de caractère de la jeune fille. Idées hypochondriaques. Elle avait laissé une fois une lettre sur une table dans laquelle elle faisait part de ses idées de suicide. Explication avec les parents. Crise nerveuse avec perte de connaissance, syncope.

Deuxième visite à Freud.

« En face de cette malade, dit Freud, qu'aurait fait tout neurologiste ? » Diagnostic d'hystérie banale, sans grand intérêt. Or, il l'a traitée pendant trois mois, cherchant à analyser chacun des symptômes présentés par la jeune fille, aidé des renseignements fournis par le père.

Psycho-analyse. — Il faut connaître le milieu, les histoires d'intérieur, la famille, les amis, etc.; le plus petit détail peut avoir son importance.

Pendant une maladie du père, quand la fillette avait 12 ans, il fut soigné avec dévouement par la femme d'un ami K...; le père devait donc beaucoup de reconnaissance à cette femme. D'autre part, M. K... aimait beaucoup la petite Dora, lui faisait des cadeaux; rien d'inconvenant dans sa conduite. Par contre, Dora s'occupait très maternellement et avec beaucoup d'intérêt des enfants de K... Il y a deux ans, la famille K... est allée faire une saison dans une station alpestre. Le père et Dora sont allés les rejoindre, la mère est restée à la maison. Puis le père devait s'en aller quelque temps après, laissant Dora avec les époux K... Tout était convenu, quand brusquement, au moment du départ de son père, Dora déclare quelle ne veut plus rester. Elle raconte ensuite à sa mère que K... lui avait fait une déclaration amoureuse. K... a nié : la jeune fille inventait, son imagination travaillait, elle s'occupait trop de lectures traitant de chose sexuelles, la *Physiologie de l'Amour* de Mantegazza, par exemple. Quoi qu'il en soit, à la suite de ces incidents, Dora insistait pour que l'on rompi avec K... et surtout avec sa femme, malgré la résistance du père qui alléguait sa dette de reconnaissance. Elle eut sa dernière crise nerveuse à ce sujet dans le cours d'une discussion orageuse avec son père.

La déclaration, dit Freud, voilà le *trauma :* déclaration et blessure faites à l'amour-propre de la jeune fille. Mais le trauma n'est n'est pas suffisant pour expliquer les symptômes que présente cette jeune fille, à savoir : la toux, l'aphonie transitoire, les idées de suicide. Ces symptômes ne peuvent pas être les conséquences du trauma, puisqu'ils existaient avant lui; on les observait déjà dans l'enfance (toux nerveuse, dyspnée nerveuse). Pour ne rejeter la valeur de ce trauma il faut donc aller plus haut et rechercher dans l'enfance les influences qui ont pu agir comme un trauma.

En outre, Freud constate actuellement trois symptômes chez la malade : 1° des nausées; 2° une sensation hallucinatoire de pression à la partie supé-

rieure du dos; 3° la peur des hommes, en particulier quand ils sont en couple avec une femme.

Il poursuit sa psycho-analyse et la jeune fille lui raconte ce qu'il suit :

Un jour, elle avait 14 ans, K..., sa femme et D... devaient aller au magasin des époux K..., en ville, voir passer une procession. Or, la femme K.., se trouve obligée de rester à la maison; quand D... arrive au magasin, elle trouve K... seul. Après avoir fermé la devanture, K... s'approche d'elle, l'entourra de ses bras, et la serrant contre lui, l'embrassa sur les lèvres.

« Or, c'était bien là une situation pour amener chez une jeune fille de 14 ans, vierge, une excitation sexuelle. » Cependant D... éprouve un fort sentiment de répulsion, s'écarte vivement et sortit dans la rue. Elle continua à voir K... sans rien dire à personne de son aventure. Elle évitait seulement de se trouver seule avec lui et refusa d'aller faire une partie de plaisir projetée par les époux K...

Freud fait remarquer à ce propos que toute personne qui, à propos d'une excitation sexuelle éprouve une sensation de dégoût, est hystérique, même en l'absence d'autres symptômes; opinion qu'il avance par expérience, mais qu'il s'avoue encore impuissant à expliquer d'une façon convenable. Cette aberration de l'instinct génital est seulement pour lui un fait d'observation.

Dora, elle, au lieu d'éprouver une sensation génitale, qu'a-t-elle éprouvé? un dégoût, c'est-à-dire une *nausée*, une impression localisée à la muqueuse du vestibule du tube digestif. Le baiser sur les lèvres (muqueuse) a localisé cette nausée.

L'impression hallucinatoire d'une *pression de main* à la partie supérieure du dos? Voici l'interprétation : Dans cet embrassement de K..., Dora aurait eu la sensation non seulement du baiser sur les lèvres, mais de la pression du pénis en érection contre son corps. Cette sensation elle l'aurait repoussée et remplacée par une sensation moins pénible de la pression de la main de K... contre son dos, lorsqu'il l'attirait à lui, sensasion qui n'a pris cette importance que parce que c'était le symbole inconscient d'une sensation réprimée. (Ce transport d'une sensation de la partie inférieure du corps à la partie supérieure a été signalée maintes fois par Freud dans d'autres observations.)

La peur des hommes? Comme Dora a perdu la notion de la cause de son obsession, sitôt qu'elle voit un homme qu'elle peut croire en état d'excitation sexuelle, comme un homme en conversation avec une femme, elle a peur, parce qu'elle ne peut plus voir le symptôme somatique de cette excitation (penis erectus). (Remarque de Frend que le sentiment de la crainte des hommes dans le monde, tient souvent à un fait analogue, ou même à la simple vue des formes masculinés, mises en évidence par le costume.)

Ainsi donc, voici l'interprétation de trois symptômes relevés par la psycho-analyse, symptômes découlant d'un seul fait occasionnel :

1° Le dégoût est un symptôme réprimé de la zone labiale érogène (zone développée dans l'enfance par la succion, d'après Freud);

2° La pression contre le corps a amené la même érection du côté de la muqueuse clitoridienne. L'excitation de cette deuxième zone érogène a été fixée par transportation sur le thorax, en sensation de pression de la main, contemporaine. La première sensation a été oubliée, la deuxième seule est restée fixée;

3° La peur des hommes est une sensation refoulée dans le domaine spy-

chique, afin de ne pas faire revivre la sensation réprimée. Ces trois symptômes sont bien symboliques.

Freud continue plus loin son analyse. D..., lui dit d'abord qu'elle a fini de tout lui raconter; mais après quelques temps elle lui confesse qu'elle croit qu'entre son père et Mme K..., il y a autre chose que des rapports d'amitié. Ils avaient des rendez-vous dans la forêt. Un jour que Mme K... avait été l'y retrouver, le père avait donné comme explication qu'ayant fait le projet de se suicider, elle était venue l'arracher à cet acte. Pour Freud, il y a l'explication du taedium vitae de Dora qui ne serait que le symbole d'une aspiration qu'elle aurait d'un pareil amour.

L'auteur rend compte ensuite d'un phénomène sur lequel il appuie fortement. Lorsqu'au cours d'une psycho-analyse on se trouve en présence d'accusation de la part d'un malade contre certaines personnes, le médecin doit immédiatement penser à l'existence chez le malade de remords analogues. C'est quelque chose d'automatique, cet état d'esprit, absolument semblable à celui de ces enfants qui, accusés de mensonge, renversent l'accusation et répondent : « tu mens ! » Seulement... l'adulte cherche une faute réelle de l'adversaire, au lieu de la simple répétition comme l'enfant.

Ainsi donc, toutes ces récriminations de Dora contre son père : qu'il était égoïste, dépensier, qu'il l'avait livré à K... pour que ce dernier supportât sa liaison avec sa femme, le manque de protection, le désintéressement, tout cela, qui, étant donné son grand amour pour son père lui causait une grande aigreur, tout cet ensemble d'accusations envers un père chéri, cache quelque chose; il faut retourner ces accusations sur Dora elle-même ; elles sont doublées de remords personnels. Dora elle-même se sent coupable; elle a fait les mêmes choses qu'elle reproche à son père. Elle n'a jamais cherché à mettre sa situation au clair; elle s'est faite l'auxiliaire des amours paternelles, elle éloignait tout ce qui aurait pu en révéler la vraie nature. Ce n'est que depuis la déclaration de K... qu'elle a désiré que sa famille rompe ; auparavant elle facilitait les relations; elle a même fait congédier une gouvernante qui lui causait en secret de sujets sexuels, et avait attiré son attention sur les véritables relations de son père et de Mme K... Quand elle s'est aperçue que la gouvernante était amoureuse de son père, elle exigea son départ. Dora est coupable encore dans son attitude maternelle vis-à-vis des enfants de K... elle aidait par là à cacher les situations réciproques de tout le monde.

Quand Freud l'interrogea sur ses sentiments envers K..., elle ne confirme pas, elle ne sait plus... Cependant sa cousine lui aurait dit une fois : « Mais tu es tout à fait amoureuse de cet homme ! » Elle a compris plus tard, mais maintenant tout est fini. Ce n'est pas fini, dit Freud, car ce mode de réponse est une confirmation de l'inconscient.

Dans le cours de la cure psycho-analytique se présenta un nouveau symptôme, constitué par des coliques intestinales. Qui peut-elle copier ainsi ? se demande Freud. L'interrogatoire permet de retrouver ceci : sa plus jeune cousine était fiancée; la plus âgée dans le même temps se plaignait de souffrir de maux d'estomac. C'est de la jalousie, se dit Dora ; d'abord elle est toujours malade lorsqu'elle désire quelque chose; elle ne voulut pas assister au bonheur de sa sœur et simula une maladie pour partir de chez elle. Dora ne tarda pas à s'identifier avec sa cousine, soit qu'elle fut jalouse de la jeune fiancée même, soit qu'elle vît dans la sœur ainée l'image de son propre sort.

En même temps, Dora devait se rappeler que M K... elle même était toujours malade lors du retour de son mari, afin probablement de ne pas avoir à remplir vis-à-vis de lui ses devoir conjugaux.

Freud voit là l'explication de ces alternatives de bonne et de mauvaise santé qu'avait présentées D... à cette époque. On se souvient que Dora présentait des crises d'aphonie transitoire qui étaient en relation avec la présence et l'absence de K... En interrogeant la jeune D... sur les durées des crises de trois à six semaines; les absences de K... ? de trois à six semaines également.

Freud y voit une présomption ; elle faisait ainsi une démonstration symbolique de son amour pour K..., comme dans un sens contraire, sa femme faisait une démonstration de répulsion.

Freud retrouve à cette époque un symptôme qu'il avait déjà vu signalé par Charcot : la suppléance à la parole dans l'aphonie hystériques, par l'écriture.

D... écrivait d'avantage, plus rapidement. Symbole : K... est loin ; elle refuse de parler parce que la parole n'a plus de valeur, puisqu'elle ne peut plus parler avec lui. L'écriture a plus d'importance, car c'est leur seul moyen de correspondre.

Ces faits jettent pour Freud un jour nouveau sur une série d'actes à propos desquels on avait eu dans la psycho-analyse jusqu'ici que des indications. Dora a donc un but en vue, à la réalisation duquel elle veut parvenir, car elle simule des maladies destinées à attirer l'attention de son père sur elle, à le détourner de Mme K... puisque les prières et les raisonnemente n'ont aucun résultat. Il faut faire peur à son père Explication trouvée par conséquent de la lettre annonçant son dégoût de la vie; des crises de syncope destinées à provoquer la pitié.

Freud a pu dans la suite, justifier la vérité de son assertion. Pour lui, ces phénomènes sont fréquents chez les femmes et les enfants.

Un autre phénomène persistait qu'il fallait expliquer : la *toux*, Voici ce que relève Freud : Parmis les accusations qu'elle porte contre son père était celle-ci : son pèrs n'était aimé de Mme K... que parce qu'il était « *vermögend* » (riche). Or, certaines circonstances secondaires prouvent à Freud que sous cette phrase secach ait une expression contraire, toujours par le même procédé d'inversion ; alors il faut entendre « *unvermögend* ». Mais en allemand unvermögend veut dire aussi impuissant ! Comment Dora peut-elle alors admettre qu'il y ait des relations coupables entre son père et Mme K... puisqu'il serait unvermögend ? Dora sans vouloir s'expliquer davantage, répliqua qu'elle savait qu'il existait plusieurs modes de rapports sexuels.

Explication : la toux est le symbole d'une représentation que Dora avait de deux personnes ayant des rapports sexuels *per os*. Aussitôt après cette explication, la toux de Dora a disparu.

De cette série de faits, Freud fait ressortir que Dora agit bien plutôt comme femme de son père que comme sa fille. (Se rappeler à ce sujet les affections hétéro sexuelles du père pour la fille, de la mère pour le fils.)

Dora, interrogée à ce sujet, le nie, mais d'après Freud ses réponses négatives sont toujours une confirmation caractéristique de l'inconscient; elles deviennent donc affirmatives quand on en sait la valeur. Ainsi, à la question de Freud à ce sujet elle répondit : « Pas moi ! mais une de mes cousines de 7 ans disait une fois en parlant de sa mère : Je hais cette femme, et quand

elle mourra j'épouserai mon père ! » Confirmation par cette réponse d'une même pensée inconsciente chez Dora.

L'amour pour son père est une réaction de son amour pour K... Pour se débarrasser de ce dernier, elle a rejeté ce sentiment sur son père, toujours par le même procédé, car au fond elle est mécontente d'avoir refusé les propositions de K..., et d'autre part son amour-propre a été froissé.

Freud relève enfin des sentiments de jalousie homo-sexuels : vis-à-vis de Mme K... Dora est restée avec elle en bons termes malgré toutes ces histoires. Comment expliquer ce phénomène ? Toutes les fois, dit Freud, qu'un homme ou une femme expulsent un amour hétéro-sexuel, la tendance homo-sexuelle devient plus forte. Parce que Dora expulse son amour pour K..., ses sentiments homo-sexuels pour Mme K... deviennent plus forts.

Ces sentiments homo-sexuels qui remontent à l'enfance, Freud les retrouve en analysant les relations antérieures de Mme K... avec Dora pendant son enfance.

Nous arrêterons là les extraits, mlaheureusement abrégés de cette observation de Freud ; il nous a paru préférable de montrer la suite d'idées s'enchaînant, d'après l'auteur lui-même. Malgré bien des explications qui paraîtront un peu risquées, on conviendra toutefois que cette analyse psychologique est loin de manquer d'intérêt ! Ajoutons du reste que l'état de la jeune fille s'améliorait à mesure que l'analyse se poursuivait et Freud la représente actuellement mariée et dans un état satisfaisant.

En résumé, l'hystérie serait toujours le résultat d'un désir sexuel (désir agréable ou désagréable, positif ou négatif) dont le malade cherche à se débarrasser ou à réaliser. La dérivation de ces désirs aurait lieu par conversion hystérique, soit dans le domaine psychique, soit dans le domaine somatique. Derrière chaque symptôme hystérique se cachent une quantité de désirs sexuels. Ces derniers ne constituent la névrose que quand ils découvrent des désirs analogues datant de l'enfance. Chaque symptôme cache non seulement une quantité de désirs hétéro-sexuels, mais des désirs homo-sexuels qui datent même du bas âge, à cette époque où il n'y a pas encore de différenciation nette entre ces deux sortes de Libido.

Ce serait un tort, d'après Freud, que de croire qu'il n'y a pas de manifestations sexuelles dans la vie présexuelle de l'enfant. Freud a insisté sur les faits suivants :

1° La succion des nourrissons, qui peut durer plusieurs années, toute la vie même, consistant en un mouvement rythmique des lèvres qui n'est pas en relation directe avec l'absorption de la nourriture. La succion de la lèvre, de la langue, du mamelon, du doigt développe une zône erogène. L'enfant est *auto-érotique*. Les lèvres de l'enfant se sont comportées comme une zone érogène sous l'influence de l'excitation par le lait chaud au début ; à cette époque la satisfaction érogène coïncidait avec la satisfaction alimentaire. « Un

enfant s'éloignant du sein, les joues rougies et un sourire heureux, satisfait, se rapproche de l'aspect de l'adulte en satisfaction sexuelle. Avec le temps les deux satisfactions, alimentaire et sexuelle, se séparent.

2° *Excitabilité érogène de l'anus* chez les enfants. Les catarrhes, les inflammations intestinales de l'enfance, les rendent nerveux. La rétention des fèces chez les enfants a pour résultat de provoquer une contraction musculaire, et par suite une forte excitation quand les fèces passent sur la muqueuse anale, zone érogène, donnant une sensation de plaisir à l'enfant;

3° *Onanisme.* — Incontinence d'urine nocturne (Pollutionsartig, faits analogues aux pollutions). L'excitation sexuelle des nourrissons revient plus tard dans l'enfance soit comme une excitation d'origine centrale poussant à l'onanisme, soit par des « analogues des pollutions de l'adulte, incontinence d'urine. Ce dernier cas a lieu surtout chez les jeunes filles et dans la deuxième moitié de l'enfance, et paraît précédé d'une période active d'onanisme. Il faut tenir compte aussi de la valeur des troubles du côté de l'appareil urinaire.

4° *Rêves* des enfants, qui agissent comme des faits réels, mais d'une façon inconsciente ;

5° *Relations homo-sexuelles ou hétéro-sexuelles* des enfants;

6° *Faits occasionnels* plus fréquents qu'on ne le croit où les enfants ont subi l'aggression passive des domestiques ou des gens de maison à qui sont confiés les enfants.

Il ne suffit donc pas pour provoquer la maladie qu'une excitation génitale active ait lieu à la période sexuelle, il ne suffit pas d'un incident concernant la contemporanéité de la vie sexuelle, il est indispensable qu'il y ait, d'après Freud une autre condition, celle d'une irritation sexuelle passive datant de l'enfance. Les excitations ultérieures n'ont pour résultat que de réveiller les traces du traumatisme psychique de l'enfance, impressions anciennes, enfoncées dans un psychisme subconscient — amnésie infantile (Freud) — de telle sorte que le malade n'a pas conscience de la relation qui existe entre la vie génitale de son enfance, et le phénomène actuel. Et c'est justement ce que cherchera le psycho-analyse, c'est, après avoir trouvé la cause prochaine, consciente, chercher à remonter au trauma, à l'impression primitive, passive, inconsciente qui est comme l'origine réelle de chaque symptôme. « Ce ne sont pas les événements qui agissent, mais leur réviviscence quand l'individu es tarrivé à la période de maturité sexuelle.

Freud fixe la limite de passivité à huit et dix ans. La limite inférieure serait de la première à la deuxième année; il cite deux cas à

l'appui. Dans tous les cas analysés, dont deux hommes, il a retrouvé les traces de cette passivité sexuelle.

* * *

Dans le même groupe que l'hystérie, dans une section à part, Freud range les obsessions (Zwangsneurosen) dont le mécanisme serait analogue. Seulement là il ne s'agirait plus de passivité sexuelle, mais d'excitation sexuelle, d'origine active par conséquent. Aussi les hommes seraient-ils plus fréquemment atteints. Le malade, pendant la période sexuelle, se ferait des reproches concernant un autre acte sexuel accompli avec plaisir pendant l'enfance conscient par suite. Le malade se rappelle des faits de l'enfance et il a honte.

Exemple. — Un enfant de 11 ans avait l'habitude de ne jamais se coucher sans raconter à sa mère son emploi du temps. Sur le tapis de sa chambre, il ne devait y avoir rien de malpropre. Le lit devait toucher le mur. Il devait y avoir trois chaises devant le lit. L'oreiller devait être arrangé d'une certaine façon, il se couchait sur le côté, frappait un certain nombre de coups avec ses pieds et enfin seulement s'endormait tranquille.

La psycho-analyse releva les faits suivants : il y a quelques années une servante couchait l'enfant. Un jour elle se coucha sur lui et lui fit subir une excitation sexuelle qu'il accepta sans se plaindre. Plus tard, quand il y eut chez lui réviviscence de ces souvenirs, il eut honte et il s'arrangea ainsi le soir pour chasser ses souvenirs.

Chacun de ses actes avait une signification symbolique : 1° les chaises devant le lit, le lit près du mur, pour que personne ne put approcher du lit ; 2° l'oreiller arrangé de telle manière qu'il ne fut pas à la même place que le jour du viol ; 3° mouvements pour les membres inférieures, mouvements pour repousser quelqu'un qui serait sur lui ; 4° couché sur le côté, parce que le jour du viol il était couché sur le dos ; 5° confession à la mère, parce qu'il cachait sa vie sexuelle à sa mère ; 6° rien de malpropre sur le tapis, parce que jusqu'à cette époque ce serait le seul reproche principal que lui aurait fait sa mère.

Il pourrait y avoir dans le mécanisme de ces obsessions ou bien le remplacement de ce qui s'est passé dans l'enfance, par quelque chose d'actuel, sexuel également, ou bien le remplacement par quelque chose de non sexuel.

Soit encore cette observation de Freud.

Une jeune femme, qui après cinq années de mariage n'avait eu qu'un enfant, présentait des idées de suicide, notamment, de se jeter par la fenêtre et avait l'idée de tuer son enfant chaque fois qu'elle voyait un couteau pointu.

La psycho-analyse a relevé les faits suivants :

Elle avait un mari qui ne la satisfaisait pas sexuellement. Néanmoins elle n'était pas sexuelle elle-même. Elle avait en revanche des images érotiques dont elle ne pouvait se débarrasser. Elle était très malheureuse, se disait

qu'elle n'était plus bonne à rien, qu'elle pourrait même aller jusqu'à tuer son enfant, avec un couteau, par exemple.

L'obsession du couteau pointu pour tuer l'enfant serait ici le symbole de son incapacité de lutter pour chasser l'obsession érotique. Elle s'expulserait dans le domaine psychique.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 6 février 1908 (*suite*). — Présidence de M. KLIPPEL

Méningo-myélite syphilitique à marche rapide

MM. KLIPPEL et DAINVILLE rapportent le cas d'une malade atteinte, en juillet 1906, de *douleurs violentes dans les jambes;* puis surviennent de *l'engourdissement et une impotence progressive*. En août 1907, il y avait *paralysie* des membres inférieurs *avec abolition des réflexes* rotuliens et achilléens, *anesthésie* des pieds, sensibilités obtuses aux jambes, escharre sacrée ; la malade meurt le 31 août.

A l'autopsie, les lésions sont surtout méningées et radiculaires avec dégénérescence ascendante du cordon de Goll ; les altérations profondes des racines spinales expliquent les douleurs fulgurantes, la paralysie des membres inférieurs prédominant d'un côté, les troubles sphinctériens et les escharres étendues du sacrum et du talon. Un dernier point reste à retenir : l'évolution rapide de la maladie dans l'espace de 12 mois.

Sur une lésion particulière et peu connue de l'épendyme ventriculaire

M. Pierre BOVERI présente cinq cerveaux : sur l'épendyme ventriculaire on constate des *petites plaques*, du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille, arrondies et ombiliquées. Macroscopiquement, ces formations paraissent constituées par un épaississement de l'épendyme ; microscopiquement, elles sont formées par un feutrage névroglique épais soulevant l'épithélium épendymaire. Cette lésion ne doit pas être confondue avec l'épendymite syphilitique ou tuberculeuse dans lesquelles l'épendyme est chagriné.

Séance du 5 mars 1908. — Présidence de M. KLIPPEL

Sur un cas de lésion bulbo-protubérantielle

MM. BABONNEIX et ROGER VOISIN rapportent le cas d'une jeune fille de 19 ans, sans antécédents héréditaires, sans antécédents personnels autres qu'une scarlatine grave, et qui a été atteinte *brusquement*, presque subitement, il y a six ans, d'une *sorte d'ictus*. Depuis cette époque, elle présente une *démarche cérébello-spasmodique*, de *l'exagération des réflexes tendineux*, de la *faiblesse musculaire*, du *nystagmus*, tous ces phénomènes prédominant à

gauche. Les réactions électriques plaident en faveur d'une affection cérébrale ancienne. La sensibilité générale et les fonctions intellectuelles sont normales. Enfin, dans l'état général de notre malade, rien à signaler, si ce n'est une albuminurie persistante.

En présence de ces éléments, quel diagnostic porter? Il est évident qu'il ne s'agit pas là d'accidents hystériques. De même, l'existence de la contracture, du signe de Babinski, les caractères de la démarche permettent d'éliminer l'hypothèse d'une lésion portant sur le neurone moteur, ou sur les muscles. Reste donc seulement à envisager l'idée d'une *lésion du neurane moteur central.* La voie pyramidale a été atteinte, comme le montrent la démarche, l'exagération des réflexes, l'existence du signe de Babinski, les réactions électriques. Il est même vraisemblable que la lésion porte sur les deux faisceaux moteurs centraux, quoiqu'elle prédomine sur celui qui transmet aux muscles du côté gauche l'action cérébrale. A quel niveau siège cette lésion? *Tout près du cervelet*, puisque, dès le début, la malade a noté qu'elle avait une *tendance à tomber* tantôt sur le côté, tantôt en avant,que sa *démarche est cérébello-spasmodique*, qu'elle se plaint de vertiges et qu'elle présente, à gauche, un *nystagmus* très net. Nous admettrions donc volontiers qu'il existe, chez elle, une *lésion de la région bulbo-protubérantielle*, assez étendue pour intéresser les deux faisceaux pyramidaux et pour se propager, soit aux pédoncules cérébelleux moyens, soit même au cervelet. Quant à la nature de cette lésion, il est certain que nous ne pouvons que la présumer. S'agit-il d'une sclérose en plaques, d'une tumeur ou d'un foyer ancien d'hémorragie ou de ramollissement? A la première de ces hypothèses, on peut objecter l'extrême rareté de la sclérose en plaques chez l'enfant, l'absence de tout tremblement intentionnel, l'unilatéralité des troubles oculaires; la seconde n'est pas compatible avec la longue durée des accidents, et la conservation presque parfaite de l'état général. On a pensé à l'hérédo-syphilis, et institué dans ce sens un traitement qui n'a donné aucun résultat. Il est donc probable, comme le pense M. le professeur Hutinel, que nous avons affaire ici à un *foyer ancien d'hémorragie ou de ramollissement*, lié lui-même aux altérations vasculaires et aux modifications humorales qui, si fréquemment, compliquent les néphrites chroniques.

Paralysie obstétricale des deux membres supérieurs

M. HUET présente une jeune fille de 15 ans, née à terme, après un accouchement laborieux; *à la naissance, les deux bras étaient paralysés;* ce n'est que plusieurs mois après que les mouvements ont commencé à revenir dans les mains et les doigts, et. très longtemps après, dans les avant-bras et les bras. Actuellement, il y a un peu d'amaigrissement du bras gauche; on constate que les deux membres supérieurs ont subi un certain arrêt de développement; les avant-bras sont en pronation, les bras en rotation interne. Les mouvements de supination de l'avant-bras et de rotation externe du bras sont restreints. Les autres mouvements sont assez bien conservés, quoique gênés. *La paralysie a atteint des deux côtés, au début, la totalité du plexus brachial*, tant supérieur qu'inférieur mais avec prédominance sur le supérieur. Ces paralysies obstétricales laissent généralement à leur suite des troubles fonctionnels qui font croire à une lésion se propageant aux centres.

Contribution à l'étude de l'ataxie
Ataxie périphérique et ataxie centrale

M. EGGER. — La théorie sensitive de l'ataxie est aujourd'hui partagée par tout le monde; *on fait dépendre l'incoordination des troubles anesthésiques.* L'observation journalière montre qu'avec l'apparition d'une anesthésie s'établit

le phénomène de l'incoordination, et la physiologie expérimentale a contribué à consolider cette conclusion de cause à effet qui existerait entre l'anesthésie et l'ataxie, en montrant que la section du faisceau sensitif sur un point quelconque de son parcours est suivie d'incoordination. Mais ce *post hoc ergo propter hoc de l'observation journalière n'est pas toujours confirmé*, et quand on se donne la peine d'examiner les ataxiques au point de vue de leurs troubles sensitifs, on en rencontre chez lesquels il est impossible de constater le moindre état anesthésique, et d'autres chez lesquels les troubles sensitifs (conscients) sont si insignifiants qu'on ne peut les incriminer comme cause des gros troubles ataxiques qu'on rencontre chez eux. La nature réalise parfois des dissociations que la main du plus habile expérimentateur ne peut réussir : nous voulons parler de la dissociation entre la sensibilité réflexe (inconsciente) et la sensibilité consciente (états anesthésiques).

L'auteur rapporte deux cas : dans le premier il s'agit d'une ataxie d'origine périphérique avec Romberg très accentué, douleur à la pression des nerfs périphériques, abolition des réflexes tendineux, douleurs intolérables dans les sciatiques. *Il s'agit d'une névrite périphérique dans laquelle l'ataxie a précédé l'anesthésie*. Dans le second cas, il s'agit d'une ataxie d'origine centrale dans le bras droit consécutive à une trépanation pour épilepsie jacksonienne; au début, il y avait hémianesthésie mais *cette anesthésie disparut tandis que l'incoordination motrice persiste*.

Tout cela montre que *l'incoordination peut exister sans trouble anesthésique*, et il est à se demander si l'anesthésie n'est pas simplement un épiphénomène sans importance dans la genèse de l'ataxie et si la cause de l'ataxie ne doit pas plutôt être cherchée dans les troubles de la sensibilité réflexe. *Le rôle de l'anesthésie nous apparaît comme tout à fait secondaire*, agissant à la façon d'un perturbateur psychique, créant des phobies qui alors, en s'ajoutant à la déséquilibration réflexe, accentue le phénomène ataxique.

M. J. BABINSKI. — Je puis confirmer ce que vient de dire M. Egger. J'ai observé, comme lui, des tabétiques incoordonnés qui ne présentaient que peu de troubles de la sensibilité consciente, ou qui semblaient même ne pas en avoir du tout. Il y a lieu de penser qu'en pareil cas, il y a une perturbation de la sensibilité inconsciente.

Instabilité hystérique des membres et du tronc

M. BABINSKI présente un homme de 66 ans atteint d'hypertension artérielle, frappé, il y a huit ans, d'une hémiplégie organique droite. Depuis plus de six mois, il présentait une *instabilité singulière des membres inférieurs et du tronc;* quand il était debout, il soulevait alternativement chacune des jambes et balançait le tronc. L'orateur persuada au malade qu'il allait le guérir par l'électricité et *il obtint en effet un résultat complet et immédiat*. Le lendemain, M. Babinski lui dit qu'il allait reproduire les mêmes troubles en électrisant le cou mais qu'il les ferait de nouveau disparaître en électrisant les jambes. *Tout se réalisa comme il avait été dit*.

L'orateur termine sa communication en précisant comme suit sa pensée :

Je rappellerai d'abord que, selon moi, les manifestations hystériques ou pithiatiques possèdent deux attributs qui sont d'une part, *la possibilité d'être reproduites par suggestion d'une manière rigoureuse*, et, d'autre part, celle de *disparaître sous l'influence de la persuasion seule*. Chacun de ces caractères me paraît pathognomonique, mais je tiens à faire remarquer que, quand ils sont isolés, ils peuvent être parfois difficiles à distinguer avec certitude et que ce n'est alors qu'en s'associant l'un à l'autre qu'ils acquièrent toute leur netteté et leur valeur. Je m'explique à cet égard. Sans doute, il y a tout lieu

d'admettre qu'un trouble qui a pu être reproduit avec rigueur par suggestion est de nature hystérique, mais si l'on n'étudie pas les faits avec tout le soin nécessaire, si le malade en observation ou le sujet en expérience n'est pas suivi pendant un délai suffisant, on peut être amené à considérer comme une reproduction rigoureuse ce qui n'est qu'une imitation imparfaite. *On est exposé de même à attribuer à la persuasion ou à la suggestion la guérison d'un trouble qui, en réalité, a cédé à une émotion*; or celle-ci, contrairement à la persuasion et à la suggestion, est capable de faire naître et de faire disparaître des troubles indépendants de l'hystérie. Mais si l'on peut tour à tour provoquer et dissiper un trouble, on est en droit d'affirmer que c'est bien la suggestion et la persuasion qui ont agi et que, par conséquent, le trouble en question est hystérique.

Je reviens au malade dont je me suis occupé. La guérison obtenue le premier jour était-elle due à l'émotion ou à la persuasion? Il était impossible au début de se prononcer catégoriquement; mais le doute n'est plus permis maintenant que j'ai renouvelé à plusieurs reprises la cure, après avoir, à mon gré, reproduit les mêmes accidents. On ne peut admettre, en effet, que l'émotion ait réapparu à chaque expérience et ait modifié son mode d'action suivant mes désirs, en l'adaptant à mes intentions; c'est, au contraire, comme je l'ai dit, le propre de la suggestion et de la persuasion d'agir de cette manière.

M. RAYMOND. — Je puis compléter les renseignements que M .Babinski vient de donner aux membres de la Société, car j'ai présenté ,il y a quelques jours, ce malade aux élèves de la clinique sous un autre nom que celui qu'emploie notre collègue. Je l'ai, en effet, considéré comme un *staso-baso phobique*, syndrome développé chez un *psychasténique*, parce qu'en outre des phénomènes indiqués lorsqu'il était debout, aussi bien au repos relatif que lorsqu'il marchait, s'il regardait devant lui, la tête haute, c'est-à-dire s'il ne voyait pas ses pieds, il était pris d'une peur intense, d'une émotion considérable : la sueur lui perlait sur le front, alternativement il rougissait et pâlissait, les battements du cœur s'accéléraient et il tombait comme une masse, sans perdre connaissance. L'expérience a été renouvelée plusieurs fois devant mes auditeurs.

Mais déjà, en 1867, il y a quarante et un ans, il a eu un état semblable à celui-là, qui s'est prolongé pendant quelques jours .Etant monté sur un échafaudage et ayant failli tomber. il eut de suite, sous l'influence du choc émotif, un tremblement intense et généralisé, suivi de troubles de la marche.

En 1900, en se levant, il est pris de vertiges, et son bras ainsi que la jambe droite s'affaiblissent; consécutivement, crainte de ne plus pouvoir ni marcher ni travailler, tremblement, marche à petits pas, les jambes écartées. Traité comme un hypertendu par le régime et l'iodure de potassium, il se remet *complètement*, au bout de quelques mois.

Le 19 mars 1906, étant en train de travailler à son établi, nouveaux vertiges, nouvelles craintes de ne plus pouvoir marcher. tremblement généralisé, marche difficile, oscillante; il garde le lit pendant trois jours et, en se levant, ses jambes s'effondrent sous lui, mais il se ressaisit et peut marcher, mais difficilement. Alors, peu à peu, se constitue l'état actuel qui s'est surtout accentué depuis six mois. J'ajoute que, de tout temps, ce malade a été un émotif, un douteux, un indécis, un aboulique. Pour toutes ces raisons, je l'ai considéré comme un psychasténique staso-basophobe. Sa guérison, par la persuasion, aidée du courant électrique, montre que les névrosés de cet ordre guérissent par le même mécanisme que les hystériques. Reste à savoir pour combien de temps!...

M. J. BABINSKI. — M. Raymond ne peut pourtant pas faire dépendre de ce qu'il appelle la psychasténie des troubles que j'ai fait disparaitre chez ce malade par persuasion et que j'ai reproduit pas suggestion, puisqu'il a déclaré lui-même dans ses Leçons que la suggestion est sans action sur la psychasténie.

Spondylose et douleurs névralgiques très atténuées à la suite de pratiques radiothérapiques

M. BABINSKI présente un malade atteint, depuis sept ans, de douleurs *articulaires et névralgiques*, principalement dans les deux sciatiques. Le *tronc était fléchi*, la *colonne vertébrale rigide*, la marche très pénible. On pratiqua vingt-deux séances de radiothérapie d'une durée de dix minutes; l'ampoule était réglée de manière que chaque zône reçut environ 15 unités H. Dès la deuxième séance les douleurs s'atténuèrent; *après la huitième, le malade marchait bien et était redressé*. Cette amélioration persiste mais la guérison n'est pas complète.

Névrite radiculaire cervicale à symptômes tardifs

M. RENAUD présente un malade atteint d'une *fracture de la clavicule gauche* par traumatisme violent. *La guérison se fit normalement* et le blessé reprit son travail après deux mois. *Après huit jours* des douleurs et une grande fatigue se manifestèrent dans l'épaule; le malade dut cesser son travail. La douleur disparut mais l'*impotence fonctionnelle s'accentua;* bientôt l'omoplate se détachait du tronc et l'atrophie musculaire atteignait l'épaule. L'orateur pense qu'il s'agit d'une *névrite radiculaire due au traumatisme*.

M. SICARD ne s'explique pas le retard dans l'évolution de cette atrophie; peut-être y a t-il une toxi-infection ou un traumatisme récents.

Syndrôme de la calotte protubérantielle

MM RAYMOND et ROSE rapportent le cas d'une femme de 37 ans spécifique qui, à la suite d'un ictus apoplectiforme, fut atteinte *à droite* d'une *paralysie de la Ve paire motrice*, d'une *paralysie du droit externe de l'œil*, et d'une *paralysie faciale* sans troubles de la gustative. En outre, de ce côté, on note une *parésie du droit interne*.

A gauche elle présente des *mouvements involontaires* des membres au repos et dans les attitudes provoquées, de *l'hémiataxie*, sans paralysie véritable, des troubles de la diadococinésie, une *hémihypoesthésie cutanée* douloureuse, avec *abolition des sensibilités profondes*, une *parésie notable du droit externe*, plus légère des droits interne et supérieure. Les réflexes ne sont exagérés qu'au poignet.

La localisation de cette lésion est facile *grosso modo, elle intéresse avant tout la calotte protubérantielle droite*, ainsi que le prouve l'existence d'un syndrome alterne. Mais plusieurs points méritent d'être relevés dans ce syndrome alterne particulier. D'abord l'existence d'une *atrophie massive du temporal et du masséter*, rarement signalée et ne s'accompagnant pas d'un trouble quelconque dans la sphère sensitive du trijumeau droit. Ensuite l'existence de *mouvements anormaux involontaires* dans les membres du côté gauche. Parmi eux, ceux que l'on constate dans le bras ou la jambe maintenus en l'air se rapportent incontestablement à l'hémiasynergie cérébelleuse de M. Babinski et sont à rapprocher du trouble manifeste de diadococinésie et des troubles de la synergie musculaire tels que l'absence d'extension du poignet dans l'acte de

serrer la main. Quant aux mouvements involontaires au repos, c'est-à-dire la main étant couchée sur le lit, et qui étaient plus marqués à l'entrée de la malade à l'hôpital, ils doivent être attribués *à l'hémichorée ou à l'hémiathétose*, dont l'interprétation pathogénique et la localisation, si elles en ont une particulière, est encore obscure (noyau rouge?). L'hémiataxie résulte des troubles particulièrement intenses de la sensibilité musculo-articulaire.

La lésion est sans doute constituée par un *ramollissement par artérite syphilitique;* l'hypothèse d'une tumeur doit être écartée par l'état stationnaire et le début brusque de l'affection. S'il agissait d'un abcès d'origine otique, peu probable vu l'état cicatriciel des otites, l'affection aurait dû évoluer depuis treize mois. Faisant abstraction des paralysies oculaires gauches, indiquant que la lésion dépasse légèrement la ligne médiane, on peut dire qu'il s'agit dans ce cas d'un syndrome comparable à celui que certains auteurs (Wallenburg) ont voulu isoler au niveau du bulbe qu'ils ont attribué à la thrombose de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure.

Dans ce syndrome, on note une paralysie vélopalatine du côté de la lésion, une hémianesthésie alterne à type de dissociation syringomyélique du côté des membres ou bien une hémianesthésie banale dissociée. L'hémiataxie et l'hémiasynergie cérébelleuse siègent du même côté que la lésion, de sorte que sensibilités superficielle et profonde se trouvent troublées sur des côtés différents.

Chez notre malade, au contraire, *tous les troubles sensitifs, asynergiques et ataxiques se trouvent localisés au même côté*, c'est-à-dire *du côté opposé à la lésion;* c'est-à-dire que pour les troubles sensitifs la lésion se comporte comme une lésion thalamique. Ceci permet de supposer que les fibres de la sensibilité musculo-articulaire, non encore entrecroisées au niveau de la région olivaire, franchissent la ligne médiane dans la région bulbo-protubérantielle intermédiaire. De même, tandis que dans le syndrome hémibulbaire l'hémiasynergie cérébelleuse est homolatéralee par rapport à la lésion, ici elle est croisée. Nous ne croyons pas que la lésion ait pu s'étendre jusqu'au pédoncule cérébelleux moyen ou inférieur du côté gauche, car dans ce cas le noyau masticateur et le facial de ce côté auraient été atteints. Nous nous contentons de signaler ce fait, dont l'explication pourrait être encore cherchée dans la multiplicité des foyers. Cette interprétation a ceci contre elle qu'elle nécessiterait une oblitération de branches vasculaires issues de la vertébrale, tandis que le foyer principal dépend certainement de la thrombose de branches de la basilaire. La lésion doit siéger en effet sur les artères centrales issues du tronc basilaire (médio-protubérantielles et sus-protubérantielles de Duret) qui se rendent aux noyaux du VIe, du VIIe et de la branche motrice du Ve, du IIIe et au noyau rouge. C'est ce qui permet d'expliquer l'absence de troubles sensitifs du côté de la face à droite, la branche sensitive du trijumeau étant irriguée avant tout par l'artère radiculaire spéciale.

Syringomyélie à début sacro-lombaire

MM. CLAUDE et ROSE présentent un homme de 44 ans, souffrant depuis cinq ans de *douleurs à caractère fulgurant* dans les jambes; des douleurs analogues apparaissent en octobre dernier dans les reins, en même temps que la marche devient difficile, puis impossible, et que des troubles sphinctériens s'installent. Après sept semaines la marche redevient possible, quoique difficile. A l'examen on constate l'existence d'une *parésie dans tout le domaine du sciatique*, sauf le jambier antérieur gauche, et plus accentuée au pied qu'à la jambe et la cuisse, une *hypoesthésie marquée dans le territoire des IVe et V^e lombaires et des Ve sacrées, ainsi qu'au niveau des IVe à X^e dorsales droites, IIe-VIIIe dorsales gauches.*

Rétention et incontinence d'urine, incontinence des matières, impotence sexuelle. Signe d'Argyll ébauché. Ponction lombaire négative.

Le diagnostic de l'affection causale nous semble particulièrement difficile dans ce cas. S'agit-il d'une affection radiculaire, spécifique en l'occurence puisqu'il y a ébauche du signe d'Argyll ?

Le caractère intermittent des douleurs est en faveur de cette hypthèse ; de même les aggravations et améliorations spontanées. Mais d'un autre côté la lenteur première de l'évolution, l'absence de lymphocytose rachidienne, la tendance à la dissociation syringomyélique des troubles sensitifs s'opposent à son acceptation. Il serait bien étonnant qu'en présence d'une méningo-radiculite en pleine évolution on ne trouvât pas de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. *Tous ces symptômes, au contraire, s'accorderaient parfaitement avec l'hypothèse d'une syringomyélie à début inférieur*, avec deux foyers, l'un au niveau de la moelle sacro-lombaire, l'autre dans la moelle dorsale moyenne. Le seul signe d'Argyll-Robertson, en dehors de tout autre signe imputable à une cavité cervicale, s'opposerait à ce diagnostic.

Dissociation cutanéo-musculaire de la sensibilitè et astéréoagnosie à propos d'un cas de lésion bilatérale du bulbe

M. SOUQUES présente un homme de 48 ans qui présenta, à l'âge de 3 ans et demi, une certaine *raideur des muscles du cou;* puis le cou se tassa, la parole s'embarassa et on remarqua une *atrophie linguale*, De 8 à 13 ans, se montra une *céphalée paroxystique frontale.* A 11 ans l'enfant, le cou raccourci, la tête enfoncée dans les épaules et immobile, apprend un métier et l'exerce jusqu'à 28 ans. A cette époque *les mains deviennent maladroites*, il ne sent plus les objets qu'il tient et les laisse tomber. Vers l'âge de 40 ans, les *membres inférieurs se prirent* et on vit s'installer une parésie progressive et indolente.

Actuellement la tête est enfoncée dans les épaules, les mouvements en sont réduits ; la langue est très atrophiée, la parole est empâtée. Du côté des membres, il y a *hémiplégie bilatérale incomplète*, sans participation de la face, avec *contracture;* il y a *asynergie bilatérale* plus accentuée à gauche. La marche est impossible sans aide.

L'équilibre statique est aisément conservé, les yeux fermés comme les yeux ouverts.

La sensibilité objective — il n'existe pas de troubles subjectifs— présente des troubles intéressants *qui augmentent des extrémités à la racine des membres. Le sens musculaire et la notion de position sont tout à fait abolis aux pieds et aux mains;* ils sont très affaiblis dans les autres segments des membres. Ils sont à peu près normaux pour les mouvements et l'attitude de la tête. *Par contre, la sensibilité superficielle ou cutanée paraît normale, particulièrement aux membres supérieurs.* Aux mains, l'effleurement d'un pinceau est senti à la face dorsale et à la face palmaire. De même les douleurs, le chaud, le froid sont perçus partout. Mais, à un examen plus approfondi, on se rend compte que la sensibilité cutanée n'est pas tout à fait parfaite. Ainsi, le malade ne sent pas toujours bien le contact léger du pinceau au bout des doigts, et il est quelquefois nécessaire de répéter deux ou trois fois cet effleurement léger, de même, ce contact n'y est pas toujours très exactement localisé. Pareillement, la pression n'est pas toujours normalement perçue ou interprétée. Enfin il y a un agrandissement considérable des cercles de sensation : un écartement de plusieurs centimètres est nécessaire à la face palmaire des doigts : il perçoit les différences de pression un peu marquées, il ne perçoit pas les légères.

D'autre part, la sensation de douleur, qui paraît normalement perçue, persiste beaucoup plus longtemps que de coutume (plusieurs minutes). Quant

aux sensations thermiques, qui semblent également bien senties, elles ne sont pas aussi facilement perçues que normalement. Ainsi le sujet ne perçoit pas des différences de température de 2° tandis qu'il perçoit bien une différence de 4° à 5°.

La sensibilité osseuse (diapason) *est abolie aux extrémités* (pieds, jambes, mains, avant-bras) ; elle est très affaiblie à la racine des membres. Elle est à peu près abolie au niveau du tronc, sauf aux clavicules où elle est perçue, quoique faiblement. Elle est normale à la tête.

Somme toute, *la sensibilité profonde* (sens musculaire ou des attitudes) *est abolie aux quatre extrémités et très affaiblie à la racine des membres et au tronc.* Ce trouble est peut-être un peu plus accusé du côté gauche que du côté droit du corps. *Quant à la sensibilité superficielle, elle semble intacte partout aux divers modes, mais en réalité elle n'est pas parfaite, particulièrement au niveau des extrémités.*

La perception stéréognostique est tout à fait abolie aux deux mains. Le malade ne reconnait ni la forme ni la consistance des objets, *a fortiori* n'en trouve-t-il pas le nom. Il ne sait même pas toujours s'il a quelque chose dans la main. Il dit simplement que les objets sont chauds ou froids. Pour les palper il déploie une force démesurée et fait des mouvements de pression violents, en raison sans doute de l'abolition du sens musculaire qui ne le renseigne pas. Il serre si fort qu'il se blesse. Quand il ne voit pas, il ne peut rien faire ; il est incapable de trouver l'anse du vase de nuit ; pour uriner il ne sait pas s'il tient sa verge ou un testicule, à moins que la douleur testiculaire, éveillée par la pression, ne le renseigne. Aussi, pour éviter des ennuis, vient-il nous demander un urinal de nuit et de jour.

Les réflexes tendineux sont tous exagérés, des deux côtés,mais plus à gauche qu'à droite (rotuliens, achilléens, olécraniens, radiaux).

A gauche, le signe de Babinski est net et constant ; à droite, le phénomène des orteils se fait en flexion.

Le réflexe crémastérien est aboli à gauche et conservé à droite ; l'abdominal existe des deux côtés ; ceux de la conjonctive et de la cornée sont intacts.

Clonus des deux pieds, plus marqué à gauche. La flexion combinée de la cuisse et du bassin élève les deux talons, mais le droit se lève le premier et plus haut que le gauche.

Il y a une *thermoasymétrie* nette. Le côté gauche est plus froid que le droit. La vaso-asymétrie est moins apparente : il semble que les veines soient effacées des deux côtés du corps. Pas de troubles de coloration appréciables. Le malade accuse une sensation de froid dans tout le côté gauche.

Pas de troubles trophiques visibles du côté des membres ni du tronc.

Du côté des yeux, l'examen montre une *parésie du droit externe droit avec diplopie homonyme.* Le malade dit, en effet, qu'il a vu et qu'il voit encore double de temps en temps. Il y a une légère inégalité pupillaire (la gauche est en léger myosis), mais les pupilles un peu irrégulières réagissent, quoique faiblement, à la lumière et à l'accommodation.Il existe quelques secousses nystagmiformes dans les directions latérales du regard. Pas de troubles de l'audition, ni du goût ni de l'odorat.

Rien à noter du côté des viscères. Le pouls oscille entre 92 et 96, la respiration entre 17 et 20. Urines normales .

L'observation précédente pose une série de problèmes qu'il est assez difficile de résoudre.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'une *lésion bilatérale du bulbe ou de la région bulbaire.* L'atrophie bilatérale de la langue et la parésie de laVI^e paire droite en témoignent, ainsi que les troubles moteurs et sensitifs qui frappent tout le corps à l'exception de la tête. Il n'est pas possible de savoir exactement la nature de cette lésion qui est *probablement tuberculeuse* (Mal de Pott sous-occipital). Il n'est pas possible de savoir si cette lésion est intra-bulbaire ou péri-

bulbaire. Enfin, chose plus importante, il est impossible de connaître l'étendue en hauteur de cette lésion, c'est-à-dire le niveau où la voie sensitive est altérée, autrement dit s'il s'agit ici d'anesthésie croisée ou d'anesthésie directe. La bilatéralité de la lésion et des symptômes rendraient, du reste, ce renseignement difficile à interpréter. Cela est d'autant plus regrettable que M. Babinski, en étudiant l'*hémianesthésie croisée*, c'est-à-dire l'anesthésie qui occupe le côté opposé de la lésion bulbaire, lui a assigné des caracères particuliers (dissociation du type syringomyélique) qu'il eût été intéressant de rechercher ici.

Rien n'est plus difficile et plus délicat que l'étude des anesthésies. Il est d'usage, pour la confection des schémas, de ne tenir compte que des troubles relativement marqués, et de laisser les finesses de côté. En en usant ainsi, chez notre malade, il faut dire qu'il y a *dissociation des sensibilités profonde et superficielle*, celle-ci étant conservée et celle-là abolie, ce qu'on peut désigner par l'expression de *dissociation cutanéomusculaire*. Mais, en réalité, si le sens musculaire est aboli, l'intégrité de la sensibilité cutanée n'est pas absolument normale. Au niveau des extrémités, au moins, les sensations tactiles, thermiques et douloureuses sont légèrement altérées.

Sur une forme particulière de maladie nerveuse familiale

MM. KLIPPEL et MONIER présentent un malade chez lequel on observe un syndrome particulièrement complexe, caractérisé surtout par des *troubles de la coordination et du tonus musculaire*, syndrome qui, en outre, est *familial*, car une de ses sœurs et deux de ses cousines sont semblablement atteintes.

Les éléments principaux du tableau clinique sont :

1° De l'hypertonie musculaire avec état myoclonique et crampes, des troubles de l'équilibre statique;

2° Des phénomènes d'infatigabilité et des attitudes cataleptoïdes;

3° De l'incoordination initiale de la parole et des mouvements avec ensuite exécution correcte de l'acte. Des troubles de l'équilibre cinétique.

Il est plus facile de concevoir le système physiologique altéré chez ce malade que de préciser le siège exact de la lésion.

Outre une *double atteinte pyramidale légère* que décèle l'extension bilatérale de l'orteil, E... qui a conservé intactes sa sensibilité profonde, la notion de position et la puissance musculaire de ses membres, présente des *troubles du tonus* et de la *coordination musculaires*, en sorte que l'on observe chez lui une forme du *syndrome cérébelleux*. Celui-ci sans doute n'est pas complet, il manque certains troubles qu'il est dans d'autres cas assez commun d'observer, tels, le nystagmus, les tremblements intentionnels à grandes oscillations, les vertiges, etc. Il y a toutefois encore chez lui une importante réunion de symptômes. Ceux-ci pourraient être groupés en deux catégories suivant qu'ils s'observent, le malade étant au repos ou en mouvement.

Au repos, nous remarquons des *attitudes cataleptoïdes*, avec *absence de la sensation de fatigue*, de *l'inertie* se traduisant par l'immobilité du *masque facial*, l'attitude fixe du corps et la *lenteur des mouvements spontanés*, l'*élargissement de la base de sustentation* dans la position debout, l'hypertonie musculaire parfois accompagnée de crampes.

A ces anomalies de l'équilibre statique s'ajoutent des perturbations importantes de l'équilibre cinétique.

La *démarche* très spéciale avec encore élargissement de la base de sustentation, l'*incoordination des muscles du langage* qui se manifeste au début de chacune des phrases qu'il profère, les troubles de la diadococinésie réalisent un tableau d'incoordination motrice très accusée.

Si l'étude des symptômes permet assez facilement de les rattacher à la perturbation de la façon de coordination et d'équilibration, il est plus malaisé de localiser la lésion vraisemblablement unique qui les provoque tous. On peut imaginer qu'elle siège *au niveau de la moelle* atteignant les *faisceaux de Go-*

vers et cérébelleux direct, au niveau du cervelet lui-même, ou enfin *dans le bulbe*. Nous pensons que cette dernière localisation est celle qui permet d'expliquer les troubles de la façon la plus satisfaisante. L'olive bulbaire est le point de départ de fibres olivo-cérébelleuses faisant partie du système des fibres arciformes; si on retient qu'à ce niveau passent les fibres radiculaires de l'hypoglosse et que sur la partie interne de l'olive s'élève la voie pyramidale, il nous paraît que l'on peut supposer que c'est là que siège la lésion. Elle se trouverait ainsi située à un *véritable carrefour* dont l'atteinte expliquerait la double lésion pyramidale, les troubles de coordination du langage et des mouvements, et les phénomènes d'inertie et d'hypertonie musculaires.

Myopathie ancienne avec disparition de la plupart des cellules radiculaires antérieures

MM. GILBERT BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE présentent les coupes des pièces provenant d'un myopathique mort de pneumonie.

Il s'agit d'un malade de 37 ans, *atteint de myopathie progressive depuis l'âge de 17 ans* et observé pendant 12 ans. Dans les *muscles*, on trouve une *atrophie simple;* dans la *moelle* il y a *disparition presque complète des cellules radiculaires antérieures* des renflements cervicaux et lombaires *sans aucune trace d'inflammation;* les rares cellules persistantes sont atrophiées. La région dorsale est à peu près normale, le bulbe est normal. Il y a donc *proportionnalité des lésions musculaires et de l'atrophie cellulaire.*

Les orateurs pensent que *les lésions médullaires sont secondaires* aux altérations des muscles.

Encéphalomyélite aiguë hémorragique, hyperplastique et diapédétique

M. LAIGNEL-LAVASTINE présente les préparations d'un homme de 66 ans, mort d'une *paralysie ascendante aiguë de Landry.*

Ce syndrome de Landry fut essentiellement caractérisé par une *paralysie flasque, survenue brusquement avec troubles sensitifs*, vaso-moteurs, trophiques et sphinctériens, aboutissant en 13 jours à une quadriplégie, terminée trois jours plus tard par la mort.

A l'autopsie on trouve une *encéphalomyélite* présentant des lésions multiples et variées dans toute la hauteur du névraxe, et selon la prédominance des variétés lésionnelles, hémorrhagies, cellules épithéloïdes, infiltration diapétique périvasculaire ou interstitielle puriforme, on peut la dire *hémorragique, hyperplastique, diapédique* et *purulente.*

L'interprétation de cette observation est susceptible de soulever plusieurs questions importantes, anatomo-cliniques, histologiques, pathogéniques et nosographiques.

En conclusion, le cas actuel :

1° Par la *diffusion des lésions à tout le névraxe*, affirme, une fois de plus, l'identité des réactions du tissu nerveux sur un point quelconque de son étendue;

2° Par la *coexistence de lésions multiples et variées*, parenchymateuses, vasculaires, interstitielles, met en évidence leurs étroites relations et explique qu'il y ait entre les formes anatomiques de l'encéphale infectieux, qui ne sont que des abstractions, tous les intermédiaires;

3° Montre enfin qu'en raison de la haute différenciation de l'encéphale, *on peut*, pour la clarté dans la nomenclature des réactions toxi-infectieuses, *distinguer les réactions inflammatoires* (encéphalites) *des lésions dégénératives sans inflammation*, c'est-à-dire sans réaction conjonctivo-vasculaire, prolifération des éléments des gaines mésodermiques péri-vasculaires ou infiltration de leucocytes amenés dans le tissu nerveux par diapédèse.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

La méthode psycho-analytique et les « Abwehr-Neuropsychosen » de Freud

par

A. SCHMIERGELD, de Lodz.

et

P. PROVOTELLE, Ancien interne des Asiles français publics d'aliénés.

—

(*Suite et fin*)

—

Un cas de paranoïa chronique, dont nous donnerons l'analyse succincte, a permis à Freud de penser qu'il serait possible de ranger un certain nombre de ces faits dans les Abwehr-psychosen.

Ici la projection des accusations du persécuté contre un individu se ferait sans changement de contenu, et sans prendre de point d'appui sur la réalité, se manifestant par ce dernier caractère comme un phénomène délirant.

Observation. — Femme de 32 ans, sans hérédité.

Les symptômes auraient débuté six mois après la naissance du deuxième enfant : Dégoût pour les relations familiales; les voisins se comportent mal à son égard : réticences... Peu à peu les symptômes augmentent d'intensité. On la suivait pour savoir où elle allait, on cherchait à voir ce qu'elle faisait chez elle... Une nuit, elle eut la pensée qu'on la regardait se déshabiller; elle éteignit la lumière et ôta ses vêtements dans son lit. Alla faire un séjour aux eaux... Nouveau symptôme : quand elle était seule avec la domestique, il lui semblait qu'on la voyait nue : en même temps elle éprouvait dans les parties génitales une sensation pénible « comme on sent une main lourde » (*sic*).

Quelques temps plus tard hallucinations visuelles : femmes nues, genitalia féminins avec les poils, genitalia masculins. En même temps que ces images visuelles, elle avait la sensation d'organe dans ses parties sexuelles. Ces images étaient pénibles; quand elle était avec une femme ou elle voyait cette femme nue, ou elle croyait être vue nue par elle. Enfin, plus tard, hallucinations de l'ouïe : injures, menaces, gros mots, allusions, interpellations... Ces hallucinations étant plus violentes dans la rue, elle ne sortait presque plus. — Femme intelligente.

Diagnostic : Paranoïa chronique.

La psycho-analyse a donné des renseignements suivants :

Freud part de ce point qu'il devait y avoir des idées chassées, expulsées. Comme la malade a eu ses premières hallucitations visuelles de genitalia pendant la cure aux eaux, après avoir vu des femmes nues se baigner, Freud en conclut que ce doit être une réviviscence de sentiments déjà éprouvés à une époque où elle n'avait pas honte. Actuellement elle a honte de ces femmes

nues. Or, à l'âge de 18 ans elle se déshabillait avec honte devant sa mère et ses frères et sœurs pour se baigner, devant le médecin, etc.; de 6 à 10 ans, par contre, elle se déshabille avec son frère pour se coucher et alors ils se regardaient mutuellement sans honte. Cela expliquerait pourquoi la malade croyait qu'on la regardait quand elle se déshabillait; c'était un reproche qu'elle se faisait de n'avoir pas eu honte des même faits pendant son enfance.

La supposition qu'il s'agissait bien de faits de l'enfance fut confirmée par l'analyse. Le début de l'affection aurait coïncidé avec une querelle avec son frère. Le frère ne venait plus la voir, elle en concevait un gros chagrin, l'aimant beaucoup. Un jour elle reçoit la visite d'une belle-sœur qui lui dit, au récit qu'elle lui fait des mépris du monde, « quand il m'arrive pareille chose, je le prends à la légère » ! La malade crut que ces mots cachaient un reproche, comme si elle avait l'habitude de prendre tout à la légère, elle en conclut que ce n'était pas étonnant si tout le monde disait du mal d'elle.

Qu'est-ce que lui a fait voir dans ces paroles banales une allusion malveillante ? — Le ton de la belle-sœur, mais à propos de quoi cette phrase ? — La malade se rappelle qu'elle venait de raconter justement ses difficultés avec son frère. La belle-sœur aurait fait remarquer que dans chaque famille il y a des choses qu'il vaut mieux passer sous silence, mais que quand il se passe quelque chose à son sujet, elle le prend à la légère !

Comme la première phrase a rappelé à la malade son frère, et que cela lui a été désagréable, elle l'a repoussée; en revanche, elle a retenu la dernière phrase de sa belle-sœur, et comme au fond elle ne contenait aucun reproche patent, c'est dans le ton de la phrase qu'elle a vu ce reproche.

Autre point : Pourquoi avait-elle au début des rendez-vous avec son frère, sans jamais rien lui dire ? Elle croyait qu'en la regardant il saurait la cause de ses souffrances. Lui seul pourrait savoir le pourquoi. Elle avoue à Freud que, pendant l'interrogatoire, quand elle parle de son frère, elle a la sensation d'un organe dans ses parties génitales, accompagnée d'une image visuelle d'une enfant impubère, faits en rapport avec les faits de l'enfance. La malade avait du dégoût pour les aliments. Freud établit également par la psycho-analyse que le dégoût était en relation avec les détails répugnants de ces scènes obsédantes, point de départ de nausées (substitution des zones érogènes). Pendant la psycho-analyse ces images ont disparu.

***

Nous avons cherché à apporter notre contribution personnelle à la question que nous traitons: ayant eu l'occasion dans ces derniers temps d'examiner quelques malades pouvant rentrer dans le cadre des « Abwehr-Psychosen » nous avons recherché, si nous ne retrouverions pas au moins quelques-unes des indications de Freud. Nous n'avons pas l'intention de présenter de véritables psycho-analyses et pour mainte raison. Les malades ne reviennent pas assez fréquemment à l'hôpital pour se montrer au médecin, de telle sorte que les suivre, comme Freud suit ses malades, est absolument impossible. La méthode psycho-analytique est, d'autre part, au dire d'un de ceux qui l'ont appliqué avec le plus de succès après le maî-

tre Sadger, d'un apprentissage long et pénible. Toutes les méthodes qui auraient essayé de se prévaloir de celle de Freud n'auraient qu'une lointaine parenté avec elle, quelquefois même rien de commun. Autre raison pour que nous n'ayons pas la prétention de présenter nos fragments d'observations comme calquées sur celles de Freud, c'est que l'auteur allemand lui-même n'a publié que des fragments d'analyse et n'a jamais donné une complète description didactique de la technique de sa méthode.

Force nous a donc été de nous inspirer seulement de ses idées et des exemples cités. Nous avons recherché simplement si nous retrouverions chez nos malades tout ou partie des faits signalés par Freud, et nous avons été tout surpris de retrouver une partie de ses interprétations de symptômes. Nous avons donc cru qu'il serait intéressant de publier quelques-uns de ces faits. D'autre part, chemin faisant, nous avons pu également vérifier un certain nombre de procédés de la méthode : réponses négatives ayant la valeur d'une affirmation ; remonter à l'aide de l'analyse à des faits datant d'un âge très jeune ; enfin nous rendre compte de la résistance des malades au début de l'analyse, pour entrer dans la voie des aveux.

Observation I. — L... B..., 16 ans, apprentie.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère maternelle : crises nerveuses. Père nerveux. Mère maladive.

Antécédents personnels. — Jamais malade dans son enfance. Ses parents l'avaient beaucoup gâtée. Elle était gaie, aimait la société. Bonne écolière, apprenait bien et facilement. Un peu ambitieuse, pleurait lorsqu'elle avait des mauvaises notes. Certificat d'étude à 11 ans. Réglée à 12 ans.

A 12 ans : crises de dépression qui duraient une quinzaine de jours et pendant lesquelles elle n'allait pas à l'école, fuyait tout le monde, était triste. C'était souvent à la suite d'une mauvaise composition. Depuis cette époque, tous les ans, la malade présente plusieurs périodes de dépression ne durant jamais plus de quinze jours. Après chaque phase dépressive, elle a une phase d'excitation, pendant laquelle elle est très gaie, trop exubérante, cause beaucoup parfois toute seule. A ce moment elle n'a jamais présenté d'idées délirantes.

Maladie actuelle. — Depuis deux ans, elle est devenue beaucoup plus timide, elle n'osait pas approcher de ses maitresses et de ses amies. Sa mémoire aurait fléchi un peu et elle apprendrait plus difficilement. Etat de faiblesse générale, d'asthénie. En 1906, au mois de mars, elle a quitté l'école pour soigner sa mère d'une affection pulmonaire. Alors, ses crises mélancoliques sont devenues plus longues et plus graves. Elle aurait présenté alors des idées hypochondriaques, craintes de tuberculose, d'infection du côté des oreilles et des yeux.

Août. — Entre en apprentissage.

Octobre 1906. — Elle commence à avoir des hallucinations auditives et des interprétations délirantes. Des jeunes gens, habitant effectivement la même

maison et y travaillant, la poursuivaient; or, l'un est très timide et ne lui a jamais parlé, disent ses parents. Elle entend ce jeune homme qui lui parle derrière le mur : « Tu cours après moi... tu cours après les jeunes gens... »

Il lui faisait des mauvaises propositions. Quant à l'autre jeune homme, il lui semble toujours tourner son soulier d'une certaine facon, lorsqu'il la rencontre, comme s'il voulait dire : « Je te mets sous mon soulier. » Du reste, tous les jeunes gens qu'elle rencontrait faisaient de méme et parlaient d'elle dans les mêmes termes.

Décembre 1906. — Se plaignit que ses camarades d'atelier l'insultaient en disant qu'elle était une p... La veille de Noël, elle présenta un fort état d'exitation. Elle croyait entendre les ouvrières qui disaient d'elle : « L.... est une voleuse, une p..., etc... » C'est alors que voyant sa réputation tachée, compromise elle aurait eu des idées de suicide. Des pensées tristes traversaient son cerveau au milieu de son travail. Brusquement elle se mit à pleurer. On l'entoure, on la questionne, on cherche à la calmer, on la met seule dans un appartement à part, ce qu'elle interprète ainsi : on l'enferme parce qu'elle est une jeune fille pas convenable ; elle a vu prendre des notes sur elle.

Elle quitte l'atelier dans un état prononcé de surexitation. Rentrée à la maison elle insiste pour que son père aille déposer une plainte chez le commissaire.

Quinze jours de surexcitation. Deux mois de calme. Depuis quelques jours son excitation reprend de nouveau. Irascible, méchante. Idées de suicide. Si on ne fait pas ce qu'elle désire, elle tuera ses parents et ses voisins. Bref, on l'amène à la Salpêtrière dans l'intention d'éviter l'internement à Sainte-Anne. Elle n'est pas admise dans les salles et on propose au père de la soigner à la consultation externe.

Après avoir pris l'histoire de la malade, on insiste pour savoir quelles étaient ses relations avec les jeunes gens de la maison. Elle raconte alors que ses parents voudraient qu'elle se mariât avec le jeune homme qui habite le second, alors qu'elle préfèrerait l'autre. Ces jeunes gens lui ont-ils fait des propositions inconvenantes ? « Je ne me souviens pas, et même si on m'en avait fait je n'aurais pas répondu. » On n'insiste pas et ne lui dit de penser un peu à tout cela pour en donner une explication satisfaisante une autre fois.

Dans une prochaine séance, la jeune fille entre mieux dans la voie des aveux Elle raconte qu'au mois de novembre, un jeune homme l'a embrassée dans la rue, et que cela lui a causé beaucoup d'ennuis, car elle avait peur que les gens n'aient vu ce qui s'était passé. Elle lui aurait donné une giffle. Le lendemain elle l'aurait rencontré avec un autre jeune homme et il aurait dit qu'il lui portera « un coup quelque part avec son pied ». Interrogée si les idées de persécution ont apparu après cet incident, ou si déjà auparavant on la poursuivait :

R. — Déjà auparavant elle avait remarqué qu'on ne répondait pas comme il faut à ses salutations et qu'on parlait mal d'elle.

Q. — Mais, avant ce dernier incident, n'avait-elle déjà été embrassée par quelque jeune homme ?

R. — Non (avec un air réticent).

On poursuit l'intérrogatoire. Elle raconte que le jeune homme du second lui reprochait de courir après les jeunes gens.

Q. — Quand ? Et quoi encore ?

R. — Le jeune homme d'en bas lui plaisait déjà avant qu'elle l'ait connu. Uu jour, étant chez sa patronne, il était dans la même pièce. La patronne est sortie un moment les laissant seuls. Elle s'est alors sentie attirée vers lui. *Ce sentiment lui faisait peur, elle s'efforçait de le vaincre.* Elle n'a échangé avec lui que des phrases insignifiantes. Revenue chez elle, elle a pensé à ce sentiment qui la poussait vers ce jeune homme. Trouvant ce sentimeut honteux, elle s'est efforcée de tout son possible à ne plus penser à lui. « Si les jeunes gens savaient quelle mauvaises pensées j'ai, que penserait-on de moi ? »

Quelque temps après, elle a remarqué que le jeune homme avait l'air de se moquer d'elle, qu'il tournait le pied de telle façon qu'il semblait lui dire : je te mets sous mon soulier.

Cela lui causait beaucoup d'ennui ; car elle pensait que le jeune homme voulait dire par son attitude qu'elle courait après les jeunes gens et que cela lui déplaisait.

Q. — Avait-elle déjà eu pareil sentiment envers quelqu'un ?

R. — A 11-12 ans, quand elle faisait sa première communion, par un prêtre, chaque confession lui produisait un effet particulier. Aussi, quand elle a ressenti pareil entrainement vers le jeune homme, elle s'est souvenue du prêtre et s'est demandée si les autres personnes ne remarquaient pas ce qui se passait en elle-même.

Nous avons eu communication d'un cahier secret écrit à l'époque des sentiments pour le prêtre. La jeune fille avait écrit d'autres mémoires, mais sa mère les a brûlés. Nous extrayons les curieux passages suivants :

1904. — « Je viens de rencontrer tout à l'heure un monsieur qui m'est très cher, et que j'aime à rencontrer autre part que dans la rue pour pouvoir lui causer plus librement.

« Mon honorable confesseur qui franchement me passionne ! »

1905. — « J'ai deux grandes amitiés : ma chère petite amie Léa, blonde, yeux bleus, bouche mutine, 12 ans. Très agréable au physique, très câline et très aimante. » « M. Ch..., mon confesseur, trente ans, grand, cheveux noirs, yeux noirs, nez droit, d'aspect un peu sévère. Cette amitié que je porte à ce digne prêtre, depuis trois ans, n'est pas la même que celle que je ressens pour Léa. » « Léa sait que je l'aime et elle me le rend. Mais l'amitié pour Ch... est secrète. Il est loin de se douter que je prie chaque jour pour lui. Certes, lorsque je le salue, il me répond très cordialement, mais il doit croire qu'aussitôt vu je l'oublie. » « Chaque fois que je passe dans les rues où je puis le rencontrer, je dis tout bas : Mon bon M. Ch... passez dans cette rue et toute la journée se ressentira de la joie que m'aura procurer votre vue ! » « Je voudrais qu'il sache que je l'aime, mais ce n'est certes pas moi qui le lui dirai, même en confession. Qui alors ?... Chaque fois que je le rencontre ma vue se porte sur lui jusqu'à temps qu'il disparaisse (sic). Je ressens pour lui comme une sorte de passion que je peux traduire ainsi : « *Il me semble que M. Ch... porte sur lui un aimant électrisé qui m'attire à lui, même à distance.* »

Quelques mois après... J'ai beaucoup grandi, et mon esprit s'est développé,

et je n'ai plus la même manière de voir : je sens cependant que, hormis mes parents (sic), j'ai besoin d'une personne à aimer. Jamais mon penchant n'a peut être eu de si grand ressentiment dans mon âme. J'aurai 14 ans dans deux mois. C'est ce vif besoin qui explique la fièvre que j'ai eue pour M. Ch... Certes, j'estime bien ce digne prêtre, mais avec le temps l'*ingrate amitié* que j'avais pour lui a diminué chaque jour... Cependant j'ai persévéré trois ans dans ce naïf amour... Quoique cela sa vue n'est pas sans me causer un certain sentiment de trouble et de contentement. »

Mai 1906. — Ma profession de foi. — « Depuis que mes idées religieuses se sont modifiées, je dis toujours deux prières par jour, je ne vais plus à la messe, je travaille un peu le dimanche, je ne fais plus maigre le vendredi, et de plus, je ne veux plus me confesser avant de me marier ! » (Ces derniers mots écrits avec énergie.)

Avril 1906. — Une faute. — « Il ne faut confier ses secrets à personne, même à ceux qui se déclarent nos amis ! »

Divulgation d'une grossesse de sa mère. Son amie et ses acolytes vont colporter dans le quartier. Sa mère tombe malade. On se moque d'elle. Idées de persécution. Elle ne retournera plus à l'école pour ne plus revoir personne.

En somme, nous avons eu affaire à une jeune fille atteinte de délire de persécution avec halucinations de l'ouïe et interprétations délirantes. L'examen du cahier des mémoires ne nous permet pas d'admettre un état de débilité mentale chez cette enfant, peut-être un peu paresseuse, mais intelligente et d'esprit très éveillé, très curieux. Notons que cette jeune fille est très réservée, de bonnes mœurs et n'est pas du tout une dépravée.

L'histoire de notre malade, d'après les résultats fournis par le psycho-analyse peut être résumée de la façon suivante : Vers onze ans, cette filette se sentait attirée par le prêtre comme par un aimant (désir hétéro-sexuel). Elle aimait d'autre part follement une petite camarade dont elle détaille le physique avec soin (désir homo-sexuel). Ce n'est que plus tard qu'elle comprend mieux le sentiment qui la pousse à aimer et ses yeux commencent à se porter sur un jeune homme de la maison. Quand elle s'est sentie attirée vers le jeune homme travaillant dans la maison où elle habitait, nous avons vu qu'elle était honteuse de la faiblesse et qu'elle se demandait si les gens ne s'apercevaient pas de cette faiblesse. (Relation inconsciente avec l'histoire du prêtre). Arrive le trauma émotionnel : le jeune homme qui l'a embrassé dans la rue. Elle se dit que tout le monde connaît déjà ses secrets, c'est pour cela que ce jeune homme s'est permis de l'embrasser. Le baiser lui a donné l'impression d'une d'une chose honteuse qui s'est associée au désir amoureux qu'elle avait pour le jeune homme de la maison et au désir qu'elle s'efforçait de vaincre (scène de l'atelier). Ne pouvant satisfaire son désir, voulant l'expulser parce qu'il l'obsède, elle l'a chassé dans le domaine psychique, présentant alors des hallucinations de l'ouïe et des interprétations délirantes.

La jeune fille est actuellement calme. Elle comprend que tout ce qu'elle entendait était l'œuvre de son imagination, elle ne récrimine plus, elle n'a plus d'hallucinations. Comment en quelques séances de causerie avec la malade tous les symptômes ont-ils disparus? A chaque fois elle disait qu'avoir causé lui avait fait beaucoup de bien, qu'elle se sentait mieux en comprenant ce qui c'était passé. Est-ce réellement le résultat des explications données? Est-ce suggestion? Quoi qu'il en soit cette jeune fille a repris son travail, toute la famille est heureuse de la voir rétablie. Et c'est une jeune fille qui arrivait la première fois dans un état délirant tel que l'on craignait la nécessité de l'interner à Sainte-Anne !

Chez deux autres jeunes filles nous avons pu relever les interprétations suivantes :

Observation II. — D. Sch..., 14 ans, blanchisseuse, arrive pour des crise de sommeil diurne.

Père alcoolique, l'a violée dans la cave à 11 ans et demie. La première surprise a été désagréable. Puis peu à peu les désirs se sont éveillés et les rapports ont continué pendant six mois et demi. A la suite d'une discussion avec sa mère, au sujet de ces relations coupables, une sœur mariée prend la jeune fille chez elle. L'analyse apprend que la malade rêvait souvent la nuit à l'acte sexuel. Ces rêves étaient agréables; elle les désirait vivement et ses désirs augmentaient de plus en plus. Dans la journée, aux instants de repos, sitôt qu'elle fermait les yeux, les mêmes pensées lui revenaient plus vivement. Depuis quelque temps alors elle présente des crises de sommel diurne. La malade n'étant plus auprès de son père, aurait trouvé satisfaction de ses désirs dans des rêves agréables qui se fixent sur le phénomène somatique sommeil, puisque c'était dans le sommeil qu'ils se presentaient au début. Les rêves venaient d'abord surtout la nuit, puis dans la journée quand elle avait les yeux fermés. L'expulsion, par conversion hystérique de son désir sexuel se traduit par des crises de sommeil symboliques de ce désir.

Observation III. — D... A., 18 ans. Crises d'hystérie convulsive caractérisées surtout par des mouvements des extrémités. Si la malade reste à terre elle frappe violemment le plancher, les chaises et tout ce qui l'entoure. Pas de perte de connaissance.

Père, 46 ans, irascible, libertin.

Mère nerveuse.

Le père lui aurait fait, il y a deux ans, des propositions inconvenantes. Le 1[er] février de cette année son père aurait tenté de la violer. L'acte n'aurait pas été consommé. Néanmoins, à ce moment elle se serait énergiquement défendue et aurait eu la sensation d'étranglement. Lorsque son père l'a laissée elle n'aurait plus pu parler pendant quelques heures. Cette tentative lui fit une grande impression de honte ; cinq jours après attaque d'hémiplégie qui dure un jour. Le 12 février, cinq jours après le départ de son père, nouvelle attaque d'hémiplégie avec hémianesthésie du même côté et aphasie. Le 21 février, crise d'hystérie convulsive. Elle en a eu de six à dix-huit par jour; la nuit également. On l'a couchée dans le lit de son père absent ce qui lui a produit une grande répugnance.

En interrogeant la malade on lui fait avouer que les mouvements qu'elle fait pendant sa crise ne sont autres que des mouvements de défense; il lui suffit de penser au jour de la tentative de viol pour qu'immédiatement elle ait une crise nerveuse. « Vous, M... et M..., me produisissez un drôle d'effet. Quand je regarde M... je me dis qu'il est jeune et qu'il pourrait faire la même chose que papa. » En effet, pendant que ces différentes personnes l'interrogaient elle a eu à plusieurs reprises une crise violente. Elle dit également que l'aphasie qui suit quelque fois ses crises lui rappellent la perte de la parole qu'elle a eu le 1er février, à la suite de la sensation d'étranglement (sensation peut être fixée par la main de son père la prenant à la gorge).

Là encore les symptômes, crises convulsives et aphasie, sont en relation directe avec le trauma ocasionnel. La malade veut bannir ce souvenir sexuel qui la hante, elle l'expulserait par conversion hystérique dans le domaine somatique.

VI. — Une femme de 35 ans. Nous avons relevé les indications suivantes : Unie à un mari brutal qui accomplissait avec violence l'acte sexuel, tandis que sentimentale, elle aurait aimé un homme doux. Dégoûtée de cet homme, elle a divorcée. Crises hytériques. Actuellement cette femme ne peut pas rester dans une foule, le contact des corps masculins l'exaspère (c'est parce qu'elle pourrait se trouvée en contact avec un homme qui lui rappellerait le contact du pénis de son mari en eréction). Pour la même raison elle ne veut pas se remarier quoique certains hommes lui plairaient. Hyperexcitabilité de la muqueuse vaginale, peut être en rapport également avec son état psychique. Le D[r] Z..., qu'elle consultait, voulut l'examiner au point de vue gynécologique, elle le frappa.

Ici encore la crainte de la foule et les autres manifestations morbides sont symptomatiques d'un sentiment sexuel refoulé .

***

Nous avons pu constater que dans la théorie de Freud il y avait du nouveau, et des idées vraies et intéressantes. Mais il ne faudrait pas déduire de nos brefs résumés d'analyse que nous admettons la totalité des opinions émises par Freud. Bien loin de là; au contraire, nous tenons à exprimer formellement notre pensée à ce sujet et à faire ressortir ce que la théorie du psychiâtre allemand a d'absolu et d'exagéré.

Tous les symptômes des névroses ne sont pas — même dans l'hystérie — la manifestation symbolique d'un désir sexuel. Un choc traumatique quelconque, une émotion peuvent produire un effet analogue, et sans relation directe avec la sexualité. Le fait est bien connu. Nombre d'observations montrent de toute évidence que les symptômes n'ont pas toujours de relation directe avec un désir sexuel.

Dans le cas *Marie* (Etat mental des hystériques) Janet analyse l'origine des phénomènes hystériques de cette malade. Il les trouve dans la honte des premières règles, mais il ne considère pas qu'il y ait là un rapport direct entre le fait d'origine et les troubles somatiques actuellement existants. Il n'y a pas rapport de cause à effet. Cette jeune fille se plonge dans l'eau froide pour arrêter ses règles, parce qu'elle croyait que c'était honteux. Y a-t-il là un vrai sentiment sexuel, Elle eut froid et présenta ensuite ses troubles hystériques. Sont-ils symboliques d'un désir sexuel dans les cas qui nous occupent ? Evidemment non. On peut seulement constater que très souvent toutes ces manifestations sont liées au développement et aux circonstances qui accompagnent le développement de la vie génitale de l'individu, de sa vie même pourrions-nous dire. En élargissant la question, qu'est-ce que la vie, si ce n'est la fonction sexuelle, reproductrice, raison d'être de l'hérédité, au développement de laquelle sont liées dans notre organisme les autres fonctions. Et comment ne pas trouver au fond de tout, dans tout ce qui est vie, matière organisée, comment ne pas trouver toujours la question de sexualité, de génitalité! C'est donc en raison même de cette importance de la vie sexuelle dans l'histoire des individus qu'il faut bien se garder de tomber dans l'exagération où est tombé Freud pour l'interprétation des symptômes. Il se sert parfois des moyens tels qu'on se demande où s'arrête la faitaisie. Avec des jeux de mots, des associations de hasard ,des contiguités de situation ou pourrait arriver à tout expliquer chez n'importe quel individu. Mais quel sera le critérium ? Où s'arrêter dans cette voie ?

Nous savons bien que Freud, rejetant en bloc les affirmations des auteurs touchant à la non-constance des bases sexuelles dans les névroses, leur dit qu'il ne peut tenir compte de leur opinion parce qu'ils n'ont pas appliqué la méthode psycho-analytique.

Pour nous cependant qui l'avons essayé sans parti pris et qui avons été surpris de nos concordances avec Freud, nous avons eu aussi mainte fois l'occasion de constater l'absence de base sexuelle.

Le lecteur va nous permettre de lui mettre sous les yeux quelques exemples qui prouveront avec évidence dans quelles exagérations est tombé Freud.

Dans l'observation de Dora, Freud relève deux rêves. Il s'agit de les expliquer. L'auteur part du principe que le rêve est toujours une continuation des idées de la journée ou bien une réalisation d'un désir diurne, l'expression d'un événement craint.

Rêve. — Dora a vu la nuit le feu dans sa chambre. Son père était au pied de son lit pour la réveiller. Sa mère cherchait à sauver son coffre à bijoux, mais le père s'y opposait, il fallait sauver les enfants. Ils descendent, sitôt dehors Dora se réveille.

Ce rêve eut lieu pour la première fois à la station alpestre lors de son entrevue avec K... Elle l'eut deux fois récemment depuis.

Quelle est d'abord la signification du coffret à bijoux? Le père de Dora s'était disputé quelque temps auparavant avec sa femme, parce qu'il lui avait donné des bijoux et que celle-ci en désirait d'autres. Elle se fâcha. Ce n'était pas la peine de lui faire des cadeaux ! Il aurait mieux fait de porter ces bijoux à d'autres qui les auraient pris!

— Et vous, dit Freud à Dora, avez-vous pensé à ce moment que vous les auriez accepté?

— Je ne sais pas... Je ne sais comment ma mère pouvait agir dans ce rêve, étant donné qu'elle n'était pas à ce moment là avec nous. (Réponse équivalant à une affirmation.)

Freud lui demande alors pourquoi elle ne parle que de bijoux et si elle ne se souvient pas d'un coffret à bijoux. En effet, K... a fait cadeau à Dora d'un coffret à bijoux. Il faut donc chercher pour l'interprétation le contraire de Schmückkästchen. Un contre cadeau. Qu'en ressort-il? Une expression à double entente : Schmück-kästchen en genitalia. Je savais bien que vous penseriez cela, dit Dora. Le sens du rêve devient donc très net : on pénètre dans ma chambre, mon coffret à bijoux est en danger, et si un malheur arrive ce sera la faute de mon père (son père voulait qu'on fermât les portes la nuit). Si dans le rêve la situation du père est dissemblable, puisqu'il sauve Dora, c'est toujours par le même procédé de contraire. Lorsque le rêve eut lieu à la station d'eaux, la mère n'était pas avec Dora et son père. Comment intervient-elle alors dans le rêve? Dora, dit Freud, est concurrente avec sa mère pour son père; elle voudrait donc accepter ce que sa mère refuserait. Dans la même série parallèle si on remplace : *an-nehmem* (accepter), par *geben* (donner); l'explication devient : Vous êtes prête, Dora, à donner à votre père ce que la maman lui refusait, et ce que la maman lui refusait, et ce dont il s'agissait, c'était du coffret (toujours avec le jeu de mots). De plus, elle a remplacé l'image de K... par celle de son père. En effet, une fois dans sa chambre, elle eut peur parce que se réveillant elle vit devant elle K... qui s'excusa et sortit. Comme K... lui a donné aussi un coffret, c'est à K... qu'elle voudrait donner aussi son coffret. Dans un autre sens on peut remplacer sa maman par Mme K... Vous êtes prête, Dora, à donner à M. K... ce que sa femme lui refuse. Prendre une attitude inverse pour chasser cette idée démontre votre amour pour K... auquel vous avez eu peur de céder!

Freud cherche une autre interprétation. Il relève de l'incontinence d'urine nocturne chez Dora et son frère enfants. (Passivité sexuelle de l'enfance).

Il y a relation entre les rêves actuels et les incontinences de l'enfance (fait sexuel). *Feu* fait penser au contraire *eau* : il ne faut pas que le coffret soit mouillé (parties génitales). On réveille les enfants la nuit pour qu'ils n'urinent pas dans leur lit (le père au pied du lit).

Symbolisme du rêve : La tentation est tellement grande, défends-moi de nouveau comme tu l'as fait pendant mon enfance, pour que mon lit ne soit pas mouillé. »

***

Il n'est pas besoin d'appuyer pour faire ressortir l'exagération de ces interprétations. Il est difficile aussi d'admettre que les malades réalisent inconsciemment des jeux de mots pareils à ceux dont nous donnions un exemple plus haut, alors qu'ils seraient déjà difficilement faits par un individu normal et très spirituel.

S'il faut donc ne pas perdre de vue les idées de Freud qui contiennent des faits d'observation, au moins il ne faut pas laisser emballer son imagination dans l'interprétation symbolique des faits de leur relation avec la vie sexuelle.

Abstraction faite des théories que Freud a basées sur elle, le mérite général de la méthode psycho-analytique est d'avoir montré que chaque symptôme à sa raison d'être; et qu'il ne suffit pas de porter un diagnostic comme hystérie, neurasthénie, délire de persécution, mélancolie... pour se déclarer satisfait; il faut aussi chercher la valeur de chaque symptôme, dans l'histoire toute entière de la vie psychique et de la vie organique. Chaque symptôme peut donc avoir soit une origine somatique, soit une origine psychique, soit les deux à la fois.

La maladie de l'organe, son mouvement ne constitue pas le symptôme d'expression direct, mais le malade lui prête une valeur en lui donnant une signification, signification qui est toute personnelle au malade, et dont il faut retrouver le sens. Il y a relation entre les idées inconscientes et les phénomènes somatiques qui sont à leur service pour les symboliser. Ces relations ne se forment pas d'une façon quelconque, mais d'une façon plus ou moins reliée. « C'est une relation interne mais cachée de contiguité dont rend compte le voisinage de succession des phénomènes, comme lorsqu'on écrit successivement *a*, puis *b*, on forme une syllabe *ab*. Mais évidemment *a* n'a pas de raison d'être spéciale pour se joindre à *b* plutôt qu'à d'autres lettres, c'est une simple relation de contiguité qui a formé la syllabe, mais nécessairement une syllabe se trouve formée. De plus, on détruit le symptôme à mesure que l'on éclaircit sa valeur psychique.

En somme, la psycho-analyse nous prouve surtout une fois de plus ,en dehors des excès d'interprétation, combien est complexe l'état mental des psycho-névrotiques et en particulier des hystériques, de quelles combinaisons psychiques ils sont capables!

Combien donc il est nécessaire pour bien connaître ses malades, pour ne pas se tromper, ni se laisser tromper, de les analyser le plus à fond possible, de dépister le plus petit symptôme, de s'expliquer le pourquoi de tous leurs actes, et toutes leurs manifestations psychiques et somatiques. C'est en recherchant avec soin l'origine des symptômes, en allant aussi profondément que possible à la poursuite de leurs racines, dans la vie psychique et organique que l'on

peut faire un diagnostic complet et asseoir les bases d'un traitement fructueux ou tout au moins d'une amélioration notable.

LITTÉRATURE

FREUD, Die Sexualitaet in der Aetiologie der Neurosen (*Wien. Klin. Rundschau*, 2, 4, 5 et 7; Anal. dans *Neurol. Centralbl.*, 1890, p. 400).

FREUD, Psychopathologie des Algemeinlebens, 1904.

FREUD, Ueber Psychothérapie. (*Wiener med. Presse*, I, p. 1.)

FREUD, Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, 1905.

FREUD, Bruchstück einer Hysterie-Analyse. (*Monatschrift f. Psych. u. Neurol.*, 1906, XVIII, pp. 285-409.)

FREUD, Die Abwehr-Neuro-Psychosen. (*Neurol. Centralbl.*, 1894, pp. 362-402).

FREUD, Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. (*Neurol. Centralbl.*, 1896, p. 434.)

FREUD, Ueber den Mechanism. der Zwangsvorstellung u. Phobien. (Wien. klin. woch, 1895, p. 25.)

FREUD, Ueber die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomencomp. als « Angstneuros » abzutrennen. (*Neurol. Centralbl.*, 1895, p. 50.)

FREUD und Breüer, Ueber den psychischen Mechanismus hyserischer Phänomene. (*Neurol. Centralbl.*, 1093, pp. 4-43.)

FREUD, Studien ueber Hysterie, 1905.

YUNG, Ueber die Psychologie der Dementia praecox, 1907.

SADGER, Die Bedeutung der psychoanalytischen Methode nach Freud. (*Centralbl. f. Nervenheik. u. Psyçh.*, 1907, p. 41.)

FRANK, BEZZOLA, SLOCHE, YUNG, ISSERLIN, NEWMANN, GAUPP, 37[me] réunion des psychiatres de l'Allemagne du Sud à Tübingen. (An-in *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.*, 1907, p. 179.)

SCHMIERGELD et PROVOTELE, La méthode psychoanalytique et les « Abwehr-Neuropsychosen » de Freud. (*Soc. de Neurol.*, de Paris, 4 juillet 1907).

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 5 mars 1908 (*suite*). — Présidence de M. KLIPPEL

Sur les caractères paradoxaux de la démarche chez les hystériques

M. NERI présente des photographies tendant à prouver que *la démarche hystérique ne présente aucun caractère spécial.*

Il n'y a pas une démarche hystérique simulant plus ou moins une démarche

d'une maladie organique. Le malade organique compense d'une *manière rationnelle* et presque constante son trouble, soit sensitif, soit paralytique : *chaque hystérique*, au contraire, *marche d'une manière propre à lui*, d'une manière non seulement différente et celle des malades organiques, mais encore plus ou moins paradoxale.

Le caractère vrai de la démarche hystérique est sa paradoxalité.

Encore une fois, on constate la justesse de ce qu'a dit M. Babinski, à savoir qu'il n'y a pas une seule manifestation hystérique qu'on puisse confondre, si l'on observe bien, avec une manifestation organique.

Mal de Pott sarcomateux

MM. F. RAYMOND et L. ALQUIER. — Il s'agit d'un sarcome vertébral consécutif à un sarcome rénal. Les signes étaient ceux de la compression médullaire, qu'on avait attribué à un mal de Pott tuberculeux : en effet, le malade était tuberculeux, et le sarcome rénal avait été méconnu. L'autopsie révéla un sarcome détruisant les lames et apophyses épineuses des IV[e] et V[e] vertèvres dorsales; les corps de ces vertèbres étaient également atteints. le IV[e] presque complètement détruit. La moelle, très étranglée, offrait les lésions d'une myélite par compression, ne différant histologiquement en rien de celle du mal de Pott tuberculeux.

Troubles de la sensibilité objective dans les cas de sclérose en plaques

M. NOICA rapporte un cas de sclérose en plaques avancée dans lequel existent des troubles de la sensibilité objective.

REVUE DE NEUROLOGIE

Les aphasies de conduction en rapport avec la nouvelle théorie de P. Marie, par G. MINGAZZINI. (*L'Encéphale*, 1908, n° 1, p. 1.)

Suivant Wernicke et Lichtheim, les aphasies de conduction auraient un seul symptôme : la *paraphasie*, symptôme qu'on ne doit pas confondre avec les paraphasies symptomatiques de la surdité et de la cécité verbales, et moins encore avec celles qu'accompagne l'aphasie motrice.

Dans l'aphasie de conduction, le siège de la lésion serait l'insula, dans laquelle on suppose que passent les voies temporo-frontales portant les stimulations du centre verbo-acoustique au centre verbo-moteur. Dans l'aphasie de conduction, l'image verbo-acoustique, par suite de l'interruption de la voie qui la conduit, ne pourrait plus exercer son influence sur le choix des images verbo-motrices. Les malades comprennent leurs paraphasies et ils cherchent inutilement à les corriger. Il y aurait encore dans l'aphasie de conduction une altération constante de la lecture et de l'écriture (spontanée et à la dictée). Toutefois nous n'avons pas encore dans l'anatomo-pathologie de cette maladie une preuve certaine de la théorie.

L'aphasie de conduction est encore une conception tout à fait doctrinale. Au contraire, par les faits anatomo-pathologiques, nous sommes forcés d'admettre que, lorsque la partie postérieure de l'insula gauche est lésée (c'est-à-dire la zone qui est tout près de la zone de Wernicke), on a comme consé-

quence un affaiblissement de sa fonction, et les manifestations ne se bornent pas à une simple paraphasie, mais on a affaire à des troubles dus à l'aphasie acoustique partielle. Nous avons encore d'autres preuves de l'absence des voies conductrices dans la portion postérieure (et peut-être des deux tiers postérieurs) de l'*insula*. Ces preuves nous sont données par les troubles consécutifs à la lésion de la partie antérieure des circonvolutions de l'insula..

Les quelques observations que nous possédons, en effet, prouvent que la lésion de la partie antérieure de l'*insula*, en s'approchant de la *pars opercularis du girus frontalis infimus* aboutit à interrompre les voies efférentes pour les mots, qui partent de là, et en gagnant toujours en avant finissent par en empêcher la fonction (par diaschisis).

Ainsi se justifie la thèse de quelques auteurs (Bastian et Déjerine), suivant lesquels les lésions de l'*insula* seraient capables de donner une aphasie motrice tout à fait semblable à celle qui est la conséquence des lésions du centre de Broca. Mais même cette théorie n'est pas tout à fait vraie.

Les observations publiées par Bastian montrent que ce n'est pas l'*insula* tout entier, mais seulement sa partie antérieure, qui est lésée constamment en même temps que le *putamen*.

Il faut maintenant se rappeler les conséquences de la destruction bilatérale des zones de Wernicke. Bastian nous donne à ce propos 4 observations ayant trait à des malades chez lesquels on trouva la destruction bilatérale des zones de Wernicke dans les deux lobes temporaux, le droit et le gauche. (Obs. de Wahler, — Pick, de Mills, Wernicke et Pick.) Dans tous ces cas il y avait surdité verbale complète, au contraire de ce qu'on a dans l'aphasie sensorielle consécutive à la lésion de la zone de Wernicke gauche, dans laquelle le malade, ainsi que je l'ai déjà observé, a toujours la capacité de comprendre une certaine quantité de mots.

Très importante est l'observation de Pick. Le malade ne pouvait pas comprendre le sens de quelques mots, tandis qu'il pouvait parler et comprendre très bien tout ce que l'on écrivait. On trouva à l'autopsie les deux lobes temporaux altérés (à gauche, la moitié postérieure du *girus temporalis supremus* et le *girus supramarginalis;* à droite, le *girus temporalis supremus* une partie du *girus temporalis médius* et l'*insula*). Les deux ramolissements s'étaient produits dans des temps différents. Après le premier, qui avait atteint le lobe temporal gauche, il n'y avait pas eu d'aphasie acoustique. Six années plus tard, seulement, lorsque le lobe droit aussi fut lésé, on eut une aphasie sensorielle complète pendant que persistait la capacité de parler et de lire à voix haute. La conclusion la plus vraisemblable c'est que les images verbo-acoustiques se trouvent enregistrées aussi dans les circonvolutions temporales de droite et que le centre verbo-acoustique droit agit sur la troisième circonvolution frontale gauche par les fibres commissurales qui passent obliquement à travers le *corps calleux*.

La lésion partielle de la circonvolution de Broca, dans ses éléments anatomiques des deux côtés, donne comme conséquence une incapacité à mettre en ordre les syllabes qui composent les mots qu'ont veut prononcer et cette lésion donne lieu à des paraphasies identiques à celles qui suivent la destruction de la zone de Wernicke.

Nous nous rallions donc à la théorie des Anglais (Bastian, Bramwell), et, pour nous, la destruction de la zone corticale et sub-corticale de l'aire de Wernicke, pourvu qu'elle soit limitée à l'hémisphère gauche et qu'elle ne soit pas compliquée d'autres lésions du cerveau, de manière qu'il y ait intégrité fonctionnelle et organique du reste du cerveau, est capable de supprimer la compréhension du sens des phrases et des conceptions complexes, et quelquefois même des plus élémentaires. Toutefois le malade peut encore comprendre

le sens de quelques mots, et, plus spécialement, de ceux qui indiquent un objet concret. Lorsque, par exemple, on lui commande de lever les bras, de prendre sa montre, etc., le malade obéit en nous faisant comprendre avec ses mouvements qu'il a saisi le sens de quelques mots de ce qu'on lui demande (le bras, la montre, etc.). Lorsqu'au contraire il y a lésion des deux zones de Wernicke, la droite et la gauche, la surdité verbale devient absolument totale et il ne comprend plus rien, pas même un seul mot de ce qu'on lui dit.

C'est-à-dire que, tandis que la zone verbo-acoustique gauche présente des rapports très compliqués et très nombreux avec la corticalité, le centre verbo-acoustique droit, au contraire, a des fonctions plus élémentaires, et, alors qu'avec le premier nous pouvons comprendre le sens des conceptions complexes, avec l'autre nous ne pouvons, par exemple, que reconnaître le nom des objets concrets et comprendre les choses très élémentaires. Un autre point est encore fort intéressant : à une lésion grave de la zone de Wernicke gauche correspond l'incapacité de comprendre le sens de presque tous les mots. Lorsqu'au contraire la lésion est bilatérale, la surdité verbale est complète, la verborrhée reste, mais une verborrhée composée de monosyllabes avec quelques bi ou trisyllabes ayant le caractère paraphasique, ce qu'on déduit de mes précédentes observations. On peut même dire que le lobule de Broca gauche transforme les images verbo-acoustiques reçues par les deux centres correspondant en images verbo-motrices. Si l'on supprime cette transmission ou du moins si le centre verbo-acoustique gauche étant lésé, on rend la transmission plus difficile, le lobule de Broca recevra encore les excitations transmises par le centre verbo-acoustique droit, mais ces excitations sont bien plus rares que celles que lui envoyait le centre verbo-acoustique gauche qui était le principal. De sorte que le lobule de Broca ne sera pas capable de coordonner les images des éléments moteurs des mots et il finira par émettre des mots paraphasiques. Lorsqu'enfin les incitations du centre verbo-acoustique droit seront elles-mêmes supprimées, il n'y aura plus aucune impulsion.

On pourrait croire que dans ce cas le lobule de Broca fût incapable d'émettre un mot quelconque et qu'on dût avoir comme conséquence une aphasie motrice totale, comme cela se voit chez les droitiers adultes, lorsqu'il y a eu une lésion du lobule; mais les choses ne se passent pas ainsi. Le malade peut toujours prononcer quelques monosyllabes, et même quelques bisyllabes qui ont un caractère paraphasique pendant qu'au contraire celui qui est atteint d'une aphasie motrice totale n'a à sa disposition que quelques monosyllabes ou quelques bisyllabes (2 ou 3 expressions stéréotypées). C'est parce que le lobule de Broca enregistre les souvenirs (engrammes) des images motrices (ou glossocinestétiques) des syllabes, et non ceux des mots, et il doit les disposer et les ordonner en série suivant le commandement qu'il reçoit des images du centre verbo-acoustique (et quelquefois même des images verbo-optiques). Voilà pourquoi l'atrophie ou même la lésion partielle de la troisième circonvolution frontale nous donne des paraphasies (Obs. de Pompili). Dans ce cas les impulsions verbo-acoustiques arrivent au lobule de Broca, mais elles ne trouvent plus les images motrices du langage qu'elles doivent coordonner.

Dans ce cas, le mécanisme suivant lequel les paraphasies se produisent est tout à fait différent; dans la destruction de la zone de Wernicke, ce qui est troublé, c'est l'élément stimulateur, les images motrices des lettres et de syllabes qui doivent être coordonnées restant intactes; tandis que dans la lésion du lobule de Broca l'élément stimulateur continue au contraire à agir régulièrement.

Il y a toutefois des cas dans lesquels, par suite de la destruction de la zone de Wernicke et du *nucléus lenticularis gauche*, malgré l'intégrité de la troisième circonvolution frontale de ce côté, on n'a pas seulement de l'aphasie

acoustique, mais aussi une aphasie motrice presque totale, de telle sorte que le langage du malade en est réduit à quelques monosyllabes ou au langage interjectionnel. C'est sur ces cas qu'est fondée la théorie de Pierre Marie.

Par suite d'une lésion un peu grave de la partie antéro-latérale du *putamen* gauche, les malades ne peuvent que prononcer quelques monosyllabes, mais ils ne sont pas capables de parler, tout à fait comme dans l'aphasie motrice, tandis que dans l'anarthrie et dans les dysarthries très graves qui sont caractéristiques de la paralysie pseudo-bulbaire on a affaire à une lésion tout à fait mécanique; il y a dans ces cas des troubles de l'appareil de la phonation qu'on n'a pas dans les aphasies motrices corticales ou sous-corticales, de manière que tous les mots sont mal prononcés. C'est donc dans la partie antéro-latérale du *putamen* gauche que descendent les voies qui procèdent du lobule de Broca, et qui, en continuant les éléments ganglionnaires du lobule, portent les images motrices des syllabes. Et puisque la lésion de la partie postérieure du *putamen* donne lieu aussi à des troubles dysarthriques, comme je vais le démontrer, très vraisemblablement les voies que j'appellerai phasiques-motrices s'articulent (peut-être par contact) dans la partie antéro-latérale du *putamen* avec un autre ordre des fibres que nous pouvons appeler verbo-articulaires. Il s'ensuit que la lésion de la partie inférieure du *putamen* aura pour conséquence une incapacité de parler absolue et totale, telle qu'on l'observe après la destruction du lobule de Broca, et lorsqu'il existe une lésion plus importante qui prend aussi l'*insula*, on constate de la dysarthrie et des troubles dus à une aphasie motrice, et cela à cause de l'interruption des voies qui partent des deux zones de Wernicke et des voies de renfort qui viennent du lobule droit de Broca. Dans ce cas les images de syllabes et des lettres enregistrées par le lobule de Broca ne peuvent plus recevoir les stimulations venant des centres verbo-acoustiques et la conséquence en est une limitation du langage spontané qui en est réduit, comme je l'ai déjà démontré, à l'émission de quelques syllabes ou de quelques mots à caractère paraphasique.

Mais on aura une vraie aphasie totale (aphasie sensorielle, aphasie motrice) dans le cas où une lésion détruirait la zone de Wernicke, et les voies phasiques-motrices ainsi que les images motrices des syllabes par destruction de la partie antéro-latérale du *nucleus lenticularis.*

Cette aphasie totale est due, ainsi que le dit Pierre Marie, à la destruction simultanée des zones de Wernicke et du *nucleus lenticularis gauche* avec intégrité parfaite du *girus frontalis infimus.* C'est-à-dire qu'il y a des cas dans lesquels une lésion du *nucleus lenticularis* gauche donne comme conséquence une *aphasie motrice.*

Mais on ne peut pas en conclure avec Pierre Marie que le lobule de Broca soit complètement étranger à la fonction du langage. S'il en était ainsi, pourquoi des lésions exactement limitées au lobule de Broca donnent-elles comme conséquence, dans 50 p.c. des cas (suivant Pierre Marie), une aphasie motrice? Au contraire, nous croyons que la lésion du lobule de Broca, ainsi que la lésion de la partie antérieure du putamen peuvent donner une aphasie motrice, avec un mécanisme qui est presque le même dans les deux cas.

Nous pouvons très bien inscrire dans un quadrilatère l'aire transcorticale dans laquelle passent les voies dont la lésion a pour conséquence une aphasie motrice type Broca. Sur une coupe horizontale du cerveau, il faut tirer deux lignes transverses et parallèles : l'antérieure partant de la circonvolution antérieure de l'insula, la postérieure de la partie moyenne de cette même circonvolution, l'une et l'autre vont rencontrer le ventricule latéral. Une troisième ligne perpendiculaire et parallèle à la surface libre de l'insula les coupe, et va en marge médiane du nucléus lenticulaire, pendant qu'une quatrième ligne antéro-postérieure serait tangente à la surface libre de l'*insula.* Ces qua-

tre lignes forment le quadrilatère dans lequel sont contenues les voies afférentes et efférentes nécessaires à la fonction motrice du langage. En effet, les voies qui prennent leur origine dans l'aire verbo-acoustique de Wernicke, en passant tout près des circonvolutions de l'insula, arrivent à la pars opercularis de la troisième circonvolution frontale gauche, où arrivent aussi des fibres qui proviennent de la pars opercularis droite. Du lobule de Broca partent des fibres phasico-motrices qui, en passant par l'extrémité antérieure du pars lenticularis et respectivement par le *putamen*, se mettent en relation avec les fibres (verbo-articulaires) destinées à l'articulation des syllabes et des mots. Voilà pourquoi on devrait nommer cette zone « le carrefour des voies du langage ».

On voit alors que si un foyer, tout en s'avançant vers l'insula, occupe presque exclusivement la partie postérieure du putamen, les voies phasico-motrices resteront presque libres, tandis qu'il y aura une lésion plus ou moins grave des voies verbo-acoustiques. Les stimulations coordinatrices qui viennent des images verbo-acoustiques trouveront toujours un relai où elles pourront exciter les images verbo-motrices, et dans ce cas on aura comme conséquence une surdité verbale avec des paraphasies (à type de jargonaphasie), des dysarthries et une certaine facilité aux interjections, à la prononciation des noms de la semaine, des mois, etc.

Lorsqu'au contraire il y a une lésion de tout l'insula gauche avec destruction des voies phasico-motrices de telle sorte que ces voies ne puissent plus fonctionner par *diaschisis*, bien que le *putamen* et le gyrus frontalis infimus soient intacts, il y aura aphasie motrice totale.

En résumé, *toutes les lésions directes ou indirectes, mais graves, du segment antéro-latéral* du *putamen* et de l'extrémité *antérieure* de l'*insula gauche ont pour conséquence une aphasie motrice ; les lésions des deux tiers postérieurs* du *putamen gauche ont pour conséquence des dysarthries qui vont jusqu'à l'anarthrie.*

Observation d'aphémie pure (Anarthrie corticale), par LADAME et C. VON MONAKOW. (*L'Encéphale*, n° 3, 1908, p. 193.)

L'observation clinique nous a appris que Mlle Lucie R... n'a présenté qu'un seul symptôme frappant depuis le début jusqu'à la fin de sa maladie, à savoir l'image simple du *mutisme*, soit de l'affection connue jusqu'ici sous le nom d'*aphasie motrice pure*, sans agraphie, que l'on désignait aussi depuis Wernicke comme *aphasie motrice sous-corticale*. Après un léger ictus, suivi d'une parésie facio-brachiale droite de courte durée, le mutisme est resté stationnaire pendant près de douze ans, tandis que le langage intérieur était indemne et se traduisait par les intonations, par les gestes et surtout par l'écriture, restée intacte jusqu'à la veille de la mort.

Il importe de remarquer ici, en regard des constatations de l'autopsie et des résultats de l'examen des coupes du cerveau, que la malade n'offrait aucun symptôme de paralysie, ni de la face, ni de la langue, ni du voile du palais, ni du bras, ni de la main. Ces divers organes n'étaient pas atteints non plus de troubles ataxiques. Le sens musculaire et le sens stéréognostique étaient de même complètement intacts, à droite comme à gauche.

Les troubles de déglutition dont nous avons parlé étaient d'origine psychogène, et nullement de nature paralytique.

Nous notons aussi, au point de vue clinique, qu'il n'y eut jamais de troubles des divers modes de la sensibilité, ni des organes des sens.

En particulier jamais Lucie R... ne présenta des symptômes quelconques « d'aphasie sensorielle ».

L'intelligence ne paraît pas avoir souffert après l'attaque. Les facultés intellectuelles s'affaiblirent cependant peu à peu plus tard. L'effort d'attention devint pénible. La malade se fatiguait rapidement et ne pouvait plus suivre longtemps un récit ou une lecture. Elle s'intéressait néanmoins à tout ce qui se passait (journaux, conférences, concerts, réunions, etc.). La perception est restée bonne, de même le jugement .Toutefois le caractère s'aigrit progressivement. La malade devint de plus en plus nerveuse et exigeante. Elle souffrit d'insomnies opiniâtres. Le nervosisme s'aggrava avec les progrès de la glycosurie qui apparut environ deux ans après l'attaque. C'est à cette époque que l'on commença à observer des troubles vaso-moteurs (transpirations, etc.).

Dans ce cas une région corticale étendue a été détruite : la circonvolution de Broca et l'opercule rolandique. Les fibres de projection qui en émanent ont été complètement perdues jusqu'aux noyaux bulbaires.

Le centre cortical hypothétique de la mémoire de l'articulation des mots dans la « circonvolution de Broca » a été complètement détruit. Tout autour le centre ovale, largement dégénéré, fournit la preuve anatomique certaine de l'interruption complète des fibres hypothétiques qu'on suppose devoir se rendre au soi-disant centre de l'écriture, en partie aussi au centre auditif et à celui des perceptions optiques. Malgré toutes ces lacunes, le langage intérieur était non seulement resté complètement intact, dans chacun de ses éléments, mais la malade pouvait écrire couramment avec la main droite, quand bien même le centre hypothétique de l'écriture était complètement détruit par le foyer, ainsi qu'une grande partie des fibres de projection et d'association de la région de l'extrémité supérieure, dans la circonvolution frontale ascendante.

Ceci est la meilleure preuve que les fonctions mnestiques (la mémoire) *ne sont pas* sérieusement troublées paa des lésions purement *locales* et *unilatérales*.

Malgré la localisation de ces destructions (centres de l'écriture et du bras dans l'écorce, et fibres de projection et d'associations diverses qui en émanent), le malade se servait de sa main droite aussi bien pour écrire que pour tous les autres mouvements, sans que jamais on ait observé de l'ataxie, de l'astéréognosie, ou d'autres troubles moteurs dans ce membre.

Le symptôme le plus remarquable que l'on note ici, directement contraire au point de vue de la doctrine régnante des localisations corticales, c'est que la destruction totale des *foci moteurs* (centres moteurs de la langue, du larynx, du maxillaire, du voile du palais, du pharynx, des muscles de la bouche et du bras) n'a pas même provoqué pendant la vie de parésie du facial, ni de troubles ataxiques des muscles de la face, de la langue ou de la main.

Nous constatons ici les mêmes résultats que ceux qui ont été obtenus expérimentalement chez les singes, auxquels on a extirpé des portions limitées de l'écorce dans la région motrice, le centre d'une extrémité par exemple (Munk). Malgré ce déficit, chez les animaux opérés, les mouvements intentionnels se restauraient assez rapidement après l'opération (Munk).

Nous y voyons la preuve que le mécanisme cérébral de ces mouvements s'étend bien au delà des limites qui ont été assignées aux régions motrices corticales des extrémités par les physiologistes et les cliniciens.

A envisager notre cas isolément, il fournirait le tableau le plus concluant des symptômes stables minima *de déficit*, sans changement pendant près de douze ans, causés par la destruction de la circonvolutiou de Broca.

Il n'existe pas dans toute la littérature médicale d'observation aussi nette, aussi catégorique de lésion absolument circonscrite à cette circonvolution. Mais si nous tenons compte des nombreux cas négatifs qui ont été publiés, dans lesquels la destruction de la circonvolution de Broca n'a pas produit

d'aphasie motrice, nous devons reconnaître que notre malade, par son mutisme permanent, a manifesté un symptôme de déficit qui est loin d'être la conséquence nécessaire d'une lésion destructive de la circonvolution de Broca et de l'opercule rolandique.

Il ne faut pas oublier que d'importantes lésions des mêmes régions de l'hémisphère gauche n'ont pas été suivies de mutisme. Sous ce rapport notre cas est vraiment exceptionnel. D'après von Monakow la permanence du mutisme ne peut s'expliquer ici que par une *diaschise* cortico-bulbaire prolongée (incapacité de surmonter les troubles de l'innervation du bulbe, provenant de dispositions individuelles de la malade).

Nous avons appris, par une série d'observations, que la parole revient souvent, même après une destruction complète de la circonvolution de Broca. Les efforts que fait le malade pour parler provoquent alors facilemnet des troubles spasmodiques de la parole (hésitation, lenteur, scansion, etc.), symptômes d'un désordre moteur, qui ont de l'*analogie* avec ceux de la paralysie pseudo-bulbaire (Bernard, Tuke et Fraser, Elder, Mills, Pitres).

Dans notre cas ce trouble moteur du langage était développé au plus haut degré, de sorte qu'on peut vraiment parler ici d'*alalie* ou *d'anarthrie corticale*, suivant la nomenclature proposée par l'un de nous à la section de neurologie du Congrès international de médecine, à Paris, en 1900.

Cependant l'observation clinique démontre, comme nous le savons, que ces symptômes, même lorsqu'ils sont aussi fortement accusés, ne sont pas nécessairement la conséquence de la destruction du centre de Broca; nous devons donc chercher à leur donner un autre explication. C'est le cas de faire intervenir les particularités individuelles, les troubles fonctionnels, la nature de la maladie, les désordres de la circulation, la constitution psychique du malade, etc.

Quelles sont ici dans le cas particulier les causes que nous pourrions invoquer pour expliquer le mutisme définitif de la malade après son attaque ?

Pourquoi la diaschise cortico-bulbaire n'a-t-elle pas pu être surmontée dans ce cas avec le temps ?

Quel rôle ont joué les dégénérescences secondaires des faisceaux d'association dans l'hémisphère gauche ? et celles des fibres commissurales se rendant dans l'hémisphère droit ? (diaschise commisurale ?).

Nous n'en savons absolument rien; nous devons l'avouer. Il serait téméraire de vouloir résoudre cette question, en se basant sur un seul cas. Nous nous bornerons donc à dire, sous forme de conclusion prudente, que des symptômes d'abolition de la parole, aussi complète et aussi stable, peuvent être provoqués par un foyer pathologique dans la région de l'hémisphère gauche tel qu'il existe dans notre cas; la destruction de l'écorce dans ce foyer agissant à distance, par diaschise, sur d'autres centres corticaux du même hémisphère et de l'hémisphère opposé.

Nous pensons que les *symptômes de déficit* de la destruction de la circonvolution de Broca ne pourront être complètement fixés qu'à la suite d'un grand nombre d'observations complètes. C'est pourquoi nous ne voulons pas conclure que notre cas tranche définitivement la question, quand bien même il se présente cliniquement et anatomiquement, dans des conditions de simplicité et de netteté qu'il serait impossible d'imaginer plus favorables.

En effet, nous sommes ici en présence d'un foyer de destruction, dont la situation et la configuration anatomiques sont de tous points semblables aux résultats d'une rigoureuse expérience de physiologie.

BIBLIOGRAPHIE

Les états neurasthéniques, par A. RICHE. (In-16, cartonné. Paris, 1908. Baillière, éditeur. Prix : fr. 1.50.)

Le Dr Riche étudie d'abord les symptômes qui se retrouvent d'ordinaire dans les états d'épuisement nerveux. Il décrit les modalités particulières que le groupement de ces symptômes ou la prédominance de quelques-uns imprime à la maladie, constituant ainsi autant de types neurasthéniques distincts.

Il a essayé surtout de prendre la question d'un point de vue jusqu'ici trop négligé, qui est le suivant : la neurasthénie prête principalement à confusion avec des maladies mentales par certains caractères de ses formes, par son association à d'autres psychonévroses : hystérie, psychasténie, par la fréquence enfin des cas intermédiaires qui s'étendent des neurasthénies simples aux vésanies proprement dites. Seule, une analyse délicate de l'état mental des malades permet de faire le départ de ce qui est d'origine psychique, ou directement lié à l'épuisement du système nerveux. De même, l'étude approfondie de l'état des fonctions intellectuelles aide grandement à différencier de la neurasthénie la paralysie générale et les psychoses proprement dites qui s'en rapprochent : mélancolie, psychasténie héréditaire, hypochondriaque, délires systématisés.

En ce qui concerne le traitement, M. Riche s'est étendu longuement sur la thérapeutique médicamenteuse, sur la thérapeutique par les agents physiques, hydrothérapie, électricité, sur le régime des neurasthéniques et enfin sur le traitement mental de la neurasthénie.

Les maladies de l'énergie, par DESCHAMPS. Préface de M. le professeur Raymond. (1 vol. in 8°, 8 francs. Félix Alcan, éditeur.)

Puisque la grosse, très grosse difficulté de l'étude des « psycho névroses » tient surtout à ce que leurs phénomènes caractéristiques sont, avant tout, d'ordre subjectif et comme tels presque impossibles à évaluer exactement, on comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, l'importance d'une étude de l'un ou l'autre de ces états morbides faite par un médecin qui l'a vécu lui-même.

M. le Dr Albert Deschamps, qui s'est observé pendant de longues années, minutieusement, patiemment, sans aucun espèce de parti pris ; qui a vu, avant sa maladie et depuis qu'il est guéri, un grand nombre de malades semblables à lui, arrive à cette conclusion capitale qui est la pierre angulaire de sa conception doctrinale : chez les malades de cette espèce, le *vouloir* est sain, le *pouvoir*, absolument nul. Ce manque de *pouvoir* se traduit, objectivement, par la perte de la force, de l'*énergie physique*. Suivant la comparaison de l'auteur, on peut considérer ces malades comme « des machines humaines qui manquent du courant nerveux nécessaire aux besoins fonctionnels de l'organisme ».

Le courant d'énergie, comme le fait remarquer l'auteur, est tantôt *épuisé*, tantôt *insuffisant* originairement ; d'autres fois il est *inhibé*. Chacun de ces états, dérivant d'une pathogénie radicalement dissemblable, ne comporte pas le même pronostic, ni le même traitement.

L'un des chapitres les plus intéressants de ce livre, est celui consacré à la *Thérapeutique*.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique hydrothérapique dans les névrites et les névralgies

par le Dr O. Libotte

Ces maladies ont des causes étiologiques communes généralement.

Avant d'entrer dans des considérations thérapeutiques, il importe de les rappeler, car toute thérapeutique pour être logique doit avant tout combattre les maladies dans leur étiologie.

Des expériences de laboratoire et la clinique nous enseignent que les infections, les intoxications tant internes qu'externes, que les dyscrasies, les maladies du sang, de nutrition, les traumatismes, les refroidissements, sont les principales causes des névrites et des névralgies. Ces dernières, troubles fonctionnels, se rattachent parfois à un état général, d'autres fois un état névrosique, et souvent à la maladie d'un organe voisin ou éloigné.

La clinique nous démontre encore que les symptômes sont variables et en rapport avec les fibres nerveuses lésées, motrices, sensibles, vaso-motrices, sécrétoires, trophiques. De là des sensations de pesanteur, des parésies, des paralysies, de là des douleurs, des sensations de paresthésie, des sensations de chaud, de froid, des régions cutanées plus colorées, des sudations, des atrophies musculaires.

Les névrites se caractérisent par des altérations anatomiques des éléments des nerfs: vaisseaux sanguins, vaisseaux lymphatiques, myéline, tissu conjonctif, cylindre, etc.

Elles sont aiguës, inflammatoires. Elles marquent aussi la dégénérescence des nerfs.

Dans les névrites aiguës caractérisées par l'augmentation de volume du nerf, la douleur à la pression, l'hydropathe emploiera avec le repos absolu, après des émissions sanguines locales, l'application du calorique, la sudation par la chaleur sèche, la vapeur, la chaleur lumineuse.

Il en sera ainsi surtout dans les névrites intercostales, dans celles des plexus brachial, lombaire et sacré.

Il fera attention dans les névrites très aiguës de régler parfaitement sa température et de ne pas dépasser 40° à 45° centigrades. Il pourra prolonger son application durant environ une demi-heure. Il emploiera de préférence des appareils à réglage facile. Sous ce rapport les bains de lumière sont d'un emploi commode. Avec eux la température n'a pas à s'élever aussi haut, car elle agit harmonieusement avec les rayons lumineux.

Dans les névrites subaiguës, les douches de vapeur, la douche au jet mobile, très brisé et d'une température allant de 36° à 45° pendant 3, 4, 5 minutes, sont des procédés recommandables.

J'insiste sur la précaution de briser fortement le jet ou mieux de choisir le jet en pomme d'arrosoir afin d'éviter quelque percussion sur le nerf, car cette percussion compromettra le moyen thérapeutique.

Ces applications seront suivies assez rapidement d'un jet froid en rapport avec la sensibilité du sujet, à condition qu'il n'y ait point d'hypéresthésie cutanée.

Rappelons brièvement comment la physiologie interprète l'action des excitations cutanées en général et celles de l'hydrothérapie en particulier.

Les travaux de Neumann (*Archives de Physiologie de Flueger*), de Schulder (*Archives allemandes de clinique médicale*), les expériences de Delmas, de Bordeaux; de Winternitz, de Vienne; les recherches de Franck, de Roehrig, de Bottey, tous travaux poursuivis entre 1870 et 1886 surtout, ont déterminé scientifiquement la physiologie des excitations cutanées sur la circulation superficielle et profonde.

Ils aboutissent aux conclusions suivantes:

1° Que les excitants thermiques appliqués à la surface cutanée ont une influence sur la circulation;

2° Que cette influence s'exerce par l'intermédiaire des fibres de la sensibilité tactile et thermique, d'une part, et des fibres vaso-motrices, d'autre part;

3° Que les centres nerveux médullaires interviennent pour engendrer les réflexes qui ont pour effet de convertir des impressions de surface en phénomèmes de motilité, qui modifient le courant sanguin dans toutes les directions et dans toutes les profondeurs de l'organisme.

A la lumière de la physiologie, nous savons que le réflexe est à la base de l'hydrothérapie et que le pivot en est le système nerveux.

Survienne une excitation aussi bien mécanique, électrique que thermique, aux extrémités nerveuses de la peau, elle gagne le névraxe, s'y réfléchit pour se répandre dans nos organes dont elle soutient, rétablit et exalte les fonctions, à la façon des agents atmosphériques.

Je rappellerai les conclusions que toutes les expériences sur l'homme par Neumann ont imposées, parce qu'elles nous démontrent combien, dans la pratique, nous devons savoir doser nos excitations cutanées pour traiter convenablement et scientifiquement les névrites.

1° L'effet des irritants cutanés en général sur le système circulatoire prend naissance uniquement par voie réflexe. L'irritation re-

monte à la moelle épinière et celle-ci la réfléchit le long des vasomoteurs.

2° Les excitants cutanés faibles renforcent les contractions du cœur, rétrécissent les tubes vasculaires, précipitent le cours du sang.

3°. Les excitants cutanés intenses dépriment l'activité fonctionnelle du système circulatoire, ils affaiblissent les contractions du cœur, dilatent les canaux vasculaires, ralentissent le cours du sang. Ils sont hyposténisants.

Ces données nous démontrent que pour décongestionner un nerf atteint d'inflammation, ou pour favoriser sa réfection, ou pour favoriser la résolution de ses lésions, nous devons savoir doser en hydrothérapie la durée, la température, la percussion de toute application.

Elles démontrent aussi qu'en prenant les brosses faradiques pour opérer une décongestion d'un organe et lui opposer en même temps une révulsion cutanée, notre opération doit se faire avec un doigté que l'expérience seule peut donner.

Remarquons que l'hydrothérapie qui s'exerce par la douche mobile agit par plusieurs facteurs qui sont la température de l'eau, la percussion et la durée de l'application.

L'utilisation de ces facteurs contre les névrites et névralgie se fera avec modération pour ne pas dilater les vaisseaux des nerfs malades et exercer sur ceux-ci une action hyposthénisante.

La signification du mot révulsion jamais ne fut si complète que depuis les données de la physiologie de l'hydrothérapie. Si avec le calorique, ou avec un jet d'eau chaude suivi ou non d'eau froide, nous congestionnons la peau, nous décongestionnons les plans profonds. C'est cette action doublée d'une réaction réflexe profonde qui définit la révulsion.

Mais celle-ci ne se produit que si nous excitons les extrémités nerveuses de la peau tout en gorgeant ses vaisseaux, et si nous ne les irritons point.

L'hydrothérapie utilise l'eau chaude, la chaleur sèche, la vapeur, mais elle utilise aussi l'eau froide et la glace contre les névrites et les névralgies.

La douche chaude, la douche froide et la doucheécossaise agissent par la révulsion à la surface de la peau et par la circulation qu'elles modifient dans les nerfs malades.

L'application de la glace rétrécit les tissus des vaisseaux, diminue toute congestion, combat toute inflammation. Elle dissipe aussi toutes les douleurs de la névrite. Elle calme la névralgie en émoussant la sensibilité du nerf.

Appliquée une heure sur une région, les effets perdurent trois heures dans les couches sous-jacentes.

En hydrothérapie, le médecin recherche non seulement une thé-

rapeutique locale, mais celle-ci est suivie d'une application générale en rapport avec le sujet malade.

L'intervention de cette dernière n'est ni moins intéressante ni moins utile.

N'avons-nous pas vu que les causes de névrites et névralgies étaient souvent des dyscrasies, des intoxications, des infections.

Et que nous enseigne la physiologie de l'hydrothérapie?

Les applications hydrothérapiques générales relèvent les fonctions de l'innervation, de la circulation, les jeux si intéressants des vaso-moteurs, jeux qui développent les oscillations circulatoires qui poussent le flux sanguin vers l'organe qui le réclame, jeux qui président à l'harmonie de toutes nos fonctions, ainsi que Ranke, en 1871, et Spehl, en 1886, dans le laboratoire de physiologie du professeur Héger, à Bruxelles, l'ont péremptoirement établi.

Elles relèvent les grandes fonctions hématopoïétiques, activent l'assimilation et la désassimilation, relèvent la thermogénèse, affinent les échanges nutritifs en les rendant plus complets, activent l'absorption d'oxygène et la formation de co^2, ce que les travaux du professeur Fréderícq, de Liége, ont lumineusement démontré.

Voilà des effets propres à combattre les influences malsaines d'un état général mauvais qui apporte des névrites et des névralgies.

Sans doute on ne negligera point les moyens spécifiques employés dans les névrites, suite de diphtérie, du paludisme, de la syphilis, de la tuberculose.

Mais si l'hydrothérapie apporte avec ses applications générales le rétablissement des grandes fonctions, ne fortifie-t-on point le terrain, ne chasse-t on point l'ennemi, ne rend-on point celui-ci inoffensif?

L'hydrothérapie, au surplus, s'applique à toutes les sensibilités. Elle est aussi douce ou aussi forte que réclame la situation. Elle se mesure, se dose par le chronomètre, le thermomètre et le dynamomètre.

Si la névrite est greffée sur une anémie on emploiera judicieusement le froid pendant 5 à 20 secondes. Afin de ne pas lui soustraire trop de calorique on commencera par des températures de 25° à 15°.

Plus tard, on ira de 15° à 8° centigrades. Si la névrite ou névralgie se présente sur un état neurasthénique on évitera le froid, mais on insistera sur des applications générales chaudes de 37° environ avec jet très brisé et longues ondées.

Si le rhumaisme ou la goutte sont causes étiologiques principales du mal, c'est ici que les procédés à sudation suivis d'une application froide sont recommandables.

C'est ici aussi que la douche écossaise donnée selon la technique, bien ancienne déjà, de Beni-Barde, fait souvent merveille.

Mais si la névrite est accompagnée d'atrophie musculaire avec réactions de dégénérescence, l'hydrothérapie emploiera la douche

excitante alternative. Son rôle restera secondaire, et l'électricité devra réclamer pour elle le rôle principal.

Nous savons aujourd'hui que dans certaines névrites, dans beaucoup de polynévrites, il y a lieu de soupçonner des lésions simultanées et dans les extrémités des fibres nerveuses et dans leurs prolongements médullaires comme aussi dans les cellules des cornes antérieures et postérieures.

L'hydrothérapeute mettra ces notions à profit pour diriger l'application hydrothérapique et sur le siège des névrites et sur les côtés du rachis. Ici le jet sera très doux, en faisceau d'arrosoir, et d'une température de 37° à 38°, le jet fort, le jet froid pouvant congestionner la moelle.

Les femmes, à la ménopause, qui sont sujettes à des troubles vasomoteurs, les sujets qui font un usage médical de thyroïdine ne seront point soumis aux applications de sudations.

Celles-ci exaspèrent les malades, rappellent ou augmentent les troubles circulatoires.

La poussée sanguine à la peau chez les sujets qui usent de la glande thyroïde peut être forte au point de déterminer une syncope. Le phénomène s'est produit sous mes yeux chez une malade qui faisait usage à mon insu des comprimés de tyroïdine.

J'ai désiré, Messieurs, en répondant à la question qui nous fut imposée par notre comité, insister en passant sur la physiologie de l'hydrothérapie qui doit rester le plus possible notre fil conducteur dans nos voies thérapeutiques. J'ai cru, en outre, que la physiologie intéresserait tous les spécialistes ici réunis (1).

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

—

Séance du 2 avril 1908. — Présidence de M. Klippel

—

Troubles consécutifs à la section de la branche externe du spinal

MM. SICARD et DESCAMPS présentent une malade chez laquelle la *section de la branche externe du spinal* fut faite *accidentellement* au cours d'une extirpation ganglionnaire.

Voici les résultats observés, troubles morbides restant, aujourd'hui (deux mois et demi après l'opération), à peu près les mêmes qu'au début.

On note du coté correspondant : *a)* la *paralysie du trapèze et du sterno-mastoïdien* avec effacement complet des saillies de ces muscles; *b)* la forma-

---

(1) Rapport présenté au Congrès de Physiothérapie de Paris, avril 1908.

tion d'une véritable *cavité sus-claviculaire* ; *c*) l'abaissement de l'épaule ; *d*) sa projection en avant ; *e*) la limitation des mouvements de l'abduction et d'élévation du bras ; *f*) la difficulté de soulever avec la main un objet lourd ; *g*) la *sailie de l'omoplate* avec l'écartement en dehors de son bord spinal, une légère scoliose de la colonne vertébrale cervico-dorsale ; *h*) et surtout l'existence de *douleurs névralgiques vives* au niveau de la ceinture scapulo-humérale.

Les réactions électriques ont montré (Allard) que le sterno-mastoïdien et le trapèze présentaient une *forte diminution des excitabilités* galvaniques et faradique, mais *sans véritable réaction de dégénérescence.*

La section de la branche externe du spinal peut donc, *au moins chez certains sujets, n'être pas exempte d'inconvénients.* On sait que le trapèze et le sterno-mastoïdien reçoivent une double innervation : prépondérante, par le spinal externe ; secondaire, par les filets des nerfs cervicaux. Peut-être, dans notre cas, le rôle des nerfs cervicaux s'est-il montré encore plus efficace ?

On comprend alors la perturbation profonde consécutive à la section d'un nerf spinal, présidant à peu près exclusivement à la fonction physiologique de ces muscles.

Quoi qu'il en soit, *il est prudent*, pensons-nous, *de tenir compte de telles séquelles* sensitives et motrices, *dans le traitement chirurgical* — par la section du spinal externe — de certaines hyperkinésies des muscles du cou et notamment du torticolis mental de Brissaud.

M. BABINSKI admet que cette section n'entraîne que des inconvénients chez un sujet normal, mais il se demande si *dans les spasmes du cou et les torticolis mentaux, ces inconvénients ne sont pas largement compensés par certains avantages.* L'orateur pense qu'il en est ainsi dans le cas présenté par lui en novembre dernier. Voici du reste l'observation complémentaire de cette malade :

A la suite de fatigue résultant de la reprise de ses occupations habituelles, elle avait été atteinte en février de quelques troubles nouveaux consistant en mouvements spasmodiques involontaires dans le trapèze du côté opposé à celui qui était autrefois le siège du mal, mais ces troubles très légers, d'ailleurs, comparativement à ceux qu'elle avait eus précédemment, ont très notablement diminué après quinze jours de repos. Aujourd'hui, neuf mois après l'intervention, elle se trouve dans un état très satisfaisant et se félicite toujours d'avoir subi l'opération.

M. BRISSAUD. — Dès nos premières études sur le torticolis mental, *je n'ai cessé de déconseiller les interventions chirurgicales.* Aux arguments que j'ai fait valoir autrefois, je puis ajouter aujourd'hui un nouveau fait très édifiant.

Une malade atteinte de torticolis mental vint me consulter, il y a quelque temps, me demandant si une opération ne pourrait pas la débarrasser de son torticolis. *Je l'en dissuadai formellement.* Malgré cet avis, elle s'adressa à un chirurgien qui *n'hésita pas à pratiquer encore une section de l'autre spinal.* Le second torticolis disparut comme le premier. Mais, quelque temps après la malade éprouva de *nouvelles contractions,* non moins insupportables que les précédentes, cette fois dans les muscles de la nuque. Le chirurgien *intervint encore et sectionna* je ne sais quelle branche nerveuse ou quel muscle postérieur du cou. *Après tant de sections,* assurément, *le torticolis n'existait plus, mais la malade n'a plus pour ainsi dire que sa colonne vertébrale pour maintenir sa tête* et cet état ne laisse pas d'être fort pénible. Aujourd'hui, elle veut s'adresser encore au chirurgien, mais c'est pour lui intenter un procès.

Cet exemple, qui malheureusement n'est pas le seul du même genre, montre qu'il faut être très réservé à l'égard des interventions chirurgicales dans le torticolis mental. Sans doute, *il parait logique de sectionner le spinal pour faire cesser des contractions musculaires insupportables; mais cette section*, si elle permet de remplacer une hyperactivité fonctionnelle par une impotence, *ne supprime pas la cause irritative dont le siège est certainement central.*

Et c'est ainsi qu'on voit l'hyperkinésie, lorsqu'elle ne peut plus se manifester dans un territoire musculaire privé de son nerf, reparaitre dans un territoire opposé ou même dans un autre domaine nerveux.

M. RAYMOND. — Je suis tout à fait de l'avis de MM. Brissaud, Meige et Sicard : dans les cas de torticolis mental, *il s'agit de mécanismes musculaires corticaux déclanchés;* la preuve c'est que, souvent, fonctionnent en même temps, pour produire tels ou tels mouvements de la tête, une série de muscles animés par des nerfs différents. J'ai présenté un cas de ce genre, il y a une quinzaine de jours, aux élèves de la clinique.

Quant à l'intervention chirurgicale, elle me parait, dans les cas de torticolis mental, *aussi peu raisonnable que celle d'autrefois qui cherchait à guérir l'hystérie par l'enlèvement des ovaires.* Je rappelle, à cet égard, le travail déjà ancien de de Quervain, publié dans la *Semaine médicale.*

(A suivre.)

REVUE DE PSYCHOPATHOLOGIE

J. CROCQ. **Le troisième sexe.** (*Revue médico-sociale*, mars 1908, et *Progrès médical belge*, 15 avril 1908. — Conference faite à la réunion mensuelle de la Clinique Saint-Anne.)

Bien que toute actuelle, cette question préoccupa de tout temps les esprits : étudiée autrefois par les philosophes, elle est entrée aujourd'hui dans le domaine médical et particulièrement dans le domaine psychiâtrique, et l'on peut dire que, grâce aux études récentes d'un certain nombre de savants, l'inversion sexuelle se dégage aujourd'hui très nettement comme étant un phénomène psycho-pathologique spécial.

Déjà, en 1846, Raffalovitch (1) appelait du nom d'*amitié allemande* l'attraction qu'éprouvent certains individus du même sexe. Dans une brochure récente, le docteur Hirschfeld (2) nous parle de ce qu'il appelle le *troisième sexe;* je trouve ce terme si heureux que je n'hésite pas à le prendre comme titre de ma conférence !

Ce troisième sexe est devenu d'une telle importance dans la capitale allemande, qu'il a fini par être admis comme une chose naturelle, si naturelle même qu'une mère n'hésite pas à déclarer : « J'aurais désiré voir mon second fils devenir aussi homosexuel ! »

La vie mondaine des invertis berlinois est des plus mouvementées, aussi bien dans les cercles privés que dans les endroits accessibles à tous : les réunions d'homosexuels sont à l'ordre du jour dans toutes les classes de la société.

Il y a des restaurants, des clubs, des hôtels, des pensions de famille, des

---

(1) RAFFALOVITCH : Uranisme et unisexualité, Lyon, 1896.

(2) HIRSCHFELD : Les Homosexuels de Berlin, Paris, 1908.

établissements de bains, des cafés-concerts fréquentés uniquement par les invertis et souvent entretenus à leurs frais; tous y sont homosexuels, depuis le patron jusqu'au dernier domestique. Le docteur Necke évalue à plus de vingt le nombre des tavernes uraniennes à Berlin; chacun de ces établissements a un cachet spécial, chacun réunit des invertis de condition ou d'âge différents; mais, fait constant, patrons, garçons, pianistes, chanteurs, tous y sont homosexuels (1)!

Presber décrit de la manière suivante une de ces tavernes:

« Nous fîmes la dernière halte de notre intéressante pérégrination dans un restaurant du meilleur genre. Ce ne sont plus ici les marches usées, claquant sous les pieds, auparavant entrevues, mais un escalier très propre. Meilleur quartier, meilleure maison. L'arrangement des pièces y est confortable, non dépourvu d'une certaine allure familiale. Sur les murs, des tableaux aux cadres dorés. Au lieu de l'affreux orchestrion des bouges précédents, voici un élégant piano avec tous les morceaux du répertoire. Un artiste de talent est assis devant le clavier, tandis qu'auprès de lui se tient un adolescent maigre, à la barbe naissante, aux gestes efféminés; un sourire doux et un peu contraint éclaire son visage, sa tête pommadée s'adorne d'un chapeau de femme à larges bords, muni d'une ample voilette. Le jeune homme chante en voix de soprano... Les deux pièces sont bondées de monde. Le public n'est pas vulgaire. Aucun des auditeurs ici présents ne crache à terre, ne se nettoie les dents et les oreilles, ne se gratte les jambes comme nous avons eu le dégoût de le constater ce soir en d'autres lieux. Des vieux messieurs dignes, des sportsmen rasés et quelques artistes frisés au petit fer, tel est le public ici. Nul, s'il n'était prévenu, ne remarquerait quoi que ce soit d'étrange, à part un autre chanteur également sopraniste... et l'absence complète de femme... On boit sans exagération à des tables proprement couvertes. Pas un mot malsonnant; et aucun sous-entendu obscène dans les chansons qui se débitent ici. C'est plutôt une teinte de sentimentalité qui règne dans cette atmosphère. Cependant le soprano, qui se dandine sur ses hanches comme s'il portait une robe à traîne, termine sa tendre chanson.

» A ce moment, un vieillard d'aspect respectable, qui était assis à notre table, se tourne vers l'un de nous et, lui touchant l'épaule d'un air d'intimité, lui demande, le regard brillant : « Vous plaisez-vous parmi nous ? »

» Pas de malfaiteurs ici, pas d'assassins, pas de voleurs. Mais des malheureux, des hors la loi, qui traînent après eux, au cours de leur vie solitaire, la malédiction d'une énigme mystérieuse de la nature. Des hommes qui ont acquis, par une lutte de tous les jours, une position enviée. Des travailleurs honnêtes, dont l'honorabilité est hors de doute, dont la parole et le nom représentent une valeur; et qui pourtant, sous la menace d'un paragraphe de loi moyenâgeux, sont contraints de se réunir, apeurés et isolés, loin des heureux normaux, pour confesser entre soi leurs penchants invincibles, toujours exposés aux coups de la loi, au mépris des ignorants, aux pièges des « maîtres chanteurs ».

Celui qui assiste à ce spectacle est étonné d'entendre prononcer un grand nombre de noms féminins; il s'agit de sobriquets qui permettent de cacher la véritable identité des individus qu'ils désignent : Paul devient Pauline, Fritz Frida, Trich Trika, Georges Georgette, etc. D'autres portent des noms tirés de leur métier, de leur physique, de la littérature, de l'hystoire.

Les cabarets à soldats sont particulièrement intéressants :

« Un normosexuel entrant dans un de ces cabarets serait peut-être surpris

---

(1) PRESBER : Les types de la capitale, in *Hirschfeld*, p. 56.

d'y voir tant de messieurs bien mis assis en compagnie de soldats, mais il ne pourrait presque rien noter qui dépassât les bornes de la décence. Ces amitiés entre homosexuels, ébauchées dans ce lieu devant un plat de saucisses et de salade et en vidant des chopes, excèdent parfois la durée de la présence sous les drapeaux. L'ami, depuis longtemps, s'en est retourné dans son village, s'y est marié, il cultive sa terre natale, loin de cette bonne garnison de Berlin, lorsqu'un beau jour l'uranien reçoit une surprise, en manière de souvenir amical, venant du pays de l'autre sous forme d'appétissante charcuterie. Il arrive même que ces relations s'éternisent, ou se reportent sur les autres frères qui ont pris du service à leur tour; je connais un cas de ce genre où un homosexuel persévéra dans ce genre d'affection avec trois frères, l'un après l'autre, tous les trois faisant partie d'un régiment de cuirassiers.

» D'ordinaire, une fois le service terminé, le soldat se rend au domicile de son ami, qui lui a préparé de ses propres mains son plat préféré; il en avale gloutonnement des quantités énormes. Le jeune guerrier va se prélasser ensuite, avec le sans-gêne d'une jeunesse épanouie, sur le sopha, tandis que l'uranien assis discrètement sur un chaise, répare le linge déchiré que l'autre lui a apporté ou bien s'occupe à broder les pantoufles qu'il lui destine comme cadeau de Noël. Cela devait être une surprise, mais l'heureux amant n'a pas eu assez la force de garder son secret.

» Pendant ce temps on parle de tous les détails du service royal : ce qu'a dit le « vieux » (capitaine) à l'appel, quel service a lieu demain, quand on prendra la garde. Demain pourra-t-on voir passer le sigisbée et à quel endroit. Ensuite on l'accompagne jusqu'à la porte de la caserne, non sans avoir préalablement rempli sa gourde de vin rouge et lui avoir préparé quelques tartines au beurre.

» Le jour de parade, l'uranien se rend sur un endroit convenu dans l'avenue Belle-Alliance : il s'était levé de bonne heure pour prendre sa place au premier rang. Pourvu que son ami soit chef de file, il pourra ainsi mieux le voir! La parade finie, il attend avec impatience son retour, il aura alors congé ce soir, on ira au cirque; mais avant cela, le soldat dépose sa pièce de 50 pfennings, — qu'il a reçue comme extra-solde ce jour-là, — dans la tirelire qui se trouve chez son ami.

» Un jour encore plus important, c'est la réception à la compagnie pour l'anniversaire de l'empereur : « Kaisersgeburtstagskompagnievergnügen ». L'homosexuel s'y rend en qualité de « cousin » avec son ami. Son cœur est rempli d'une félicité touchante quand il fait danser la jeune fille préférée par le soldat, il ne sait même pas comment elle est, car il n'a regardé que lui et en tenant la jeune fille dans ses bras, il ne pensait qu'à l'autre. Parfois le capitaine lui adresse la parole en sa qualité de cousin de son soldat ou du sous-officier. Mais il arrive que l'homosexuel ne peut pas, à sa grande douleur, participer à cette fête; c'est que quelques jours avant, il était à table, dans une société, avec un des officiers présents. »

Aux abords des casernes, il y a des promenades où les soldats « font le retapage ».

L'inversion sexuelle, si répandue dans le sexe masculin, l'est tout autant chez les femmes; bien que, peut-être un peu moins publique, elle est cependant organisée et admise.

Les bals d'uraniennes sont nombreux et brillants :

« La fête n'est pas publique; l'accès n'en est généralement ouvert qu'aux personnes qui sont connues du comité de dames. Une assistante m'en communique

une description typique : « Un beau soir d'été, à partir de 8 heures, voitures sur voitures s'arrêtent devant un des premiers hôtels de Berlin ; des dames et des messieurs en costumes de tous les pays et de tous les temps en descendent. Ici on voit un étudiant en costume de sa corporation, cinglé d'un énorme écharpe, là un monsieur en costume rococo aide galamment sa dame à descendre d'équipage. Les vastes emplacements, brillamment illuminés, se remplissent rapidement ; maintenant entre un gros capucin et il est salué respectueusement par tous les tziganes, pierrots, matelots, clowns, boulangers, valets, beaux officiers, Boërs, Japonais et par les charmantes geishas. Une Carmen aux yeux pleins de feu met un jockey en extase ; un Italien se lie d'amitié avec un bonhomme de neige. Toute cette assemblée bigarrée, joyeuse et pleine d'entrain offre un spectacle vraiment curieux. D'abord les convives se réconfortent devant les tables bien servies et ornées de fleurs. La maîtresse de maison, en robe de vlours flottante, salue ses hôtes en un speech court et énergique. On enlève les tables. Les sons du « Danube bleu » retentissent et la danse commence. On entend, des salles voisines, les rires, les cliquetis de verres et les chants entraînants, mais nulle part on ne verra franchir les bornes des convenances. Aucune dissonance ne trouble cette joie générale, jusqu'au moment où toutes les convives quittent ces lieux, dans lesquels elles ont pu, au milieu de leurs semblables, rêver pendant quelques heures. S'il vous arrive une seule fois de participer à une fête pareille, — conclut Mme R..., — vous en sortirez persuadé, pour le reste de votre vie, que les uraniennes sont injustement calomniées, que, là comme partout, il y a de braves gens et de mauvaises gens, bref que la disposition homosexuelle ne peut pas être une marque décisive de malhonnêteté. Exactement comme chez les hétérosexuels il y a là du bon comme du mauvais. »

Dans les journaux paraissent des annonces suggestives :

Monsieur âgé, ennemi des femmes, cherche relations avec un homme de mêmes opinions. S'adresser S. D., 2072, à l'Expédition.

Vieux garçon, 23 ans, cherche ami. Lettres à « Socrate ». Expédition principale, rue Vivet.

Monsieur, 23 ans, cherche ami. Lettres à « Vieux garçon », désire homme sympathisant, « Union » Morgenpost, rue Bülow.

Vieux garçon, b. comp. cherche amitié avec v. garçon. Off. A. B., 11, Postamt, 76.

J. homme de fam. 27 ans, cherche relations amicales a. un monsieur énergique a. b. situation. Lettres T. L. V. à l'Expédition du journal.

Demoiselle bien, 24 ans, cherche une belle amie. Offres, n° 3654. Expédition.

Dame, 36, cherche relations amicales. Postamt, 16, « Platon ».

Amie du cœur, mignonne, cherche une dame spirituelle, aimant les distractions, 23 Psyche, Postamt, 69.

Cherche amie instruite, 30 ans, blonde de préférence. Offres H. R. Expéd. journal.

Couturière, 22, cherche amie. Pcstabt, 23.

Si l'on descend dans les bas-fonds de la moralité berlinoise, on voit l'exploitation de l'inversion sexuelle dans toute son horreur :

« Il y a deux allées assez éloignées l'une de l'autre, deux pour hommes et

une pour femmes. Pendant que dans la ville les deux prostitutions sont mélangées, ici chacune a son « district ». Une des allées réservées aux mâles est fréquentée, le soir surtout, par des cavaliers dont le sabre brille dans l'obscurité, l'autre par des mauvais garnements qui s'appellent eux-mêmes dans le jargon berlinois « Kess und jemeene ». Ici se trouve un de ces vieux bancs en pierre, semi-circulaire, sur lequel s'entassent, à partir de minuit, une trentaine de femmes qui y passent la nuit, criaillent et bavardent. Elles appellent ce banc « l'Exposition des Beaux-Arts ». De temps en temps passe un homme qui allume une allumette en cire et éclaire ce tableau.

» Parfois un cri rauque s'élève au milieu de ce brouhaha : c'est un homme attaqué ou dévalisé qui crie au secours; parfois un bruit sec fend l'air et se mêle aux sons de la musique lointaine, — c'est l'annonce que quelqu'un là-bas a dit adieu à la vie.

» Celui qui cherche les traces des disparus, dont on dit qu'ils sont morts dans la capitale, celui-ci pourra en retrouver pas mal dans le Tiergarten. Voyez-vous cette vieille femme, avec ses quatre chiens, se promenant sur les bords du vieux lac? Depuis quarante ans, — à part une courte villégiature — elle fait cette même promenade aux mêmes heures, depuis que son mari, le jour de leur mariage, juste dans l'intervalle entre la cérémonie civile et la cérémonie religieuse, est mort subitement d'une congestion. Regardez cette figure vieille et ratatinée qu'encadre une barbe grise en broussailles. C'est un baron russe, il choisit le soir un banc isolé, s'assied dessus et crie : « rab, rab, rab » comme un corbeau; ce cri d'appel fait immédiatement surgir par des chemins invisibles quelques-uns de ses amis, auxquels il distribue des « pièces rondes » de 3 et 5 mark, reliefs de la rente qu'il touche chaque jour.

L'homosexualité est du reste très répandue dans l'armée. Selon l'expression de de Weindel et Fischer (1) : « chacun peut en prendre là pour son grade ». La police possède, dans ses dossiers, les surnoms des protecteurs de soldats; ces protecteurs s'appellent d'une manière générale des *Soldatentante* et se subdivisent en spécialistes nombreux, tels que :

Ulanenguste : Augusta, des Uhlans;
Dragononbraut : La fiancée des Dragons;
Kürassieranna : Anna, des Cuirassiers;
Kanonierschc : L'Artilleuse;
Schiesschulsche : Celle de l'Ecole de Tir; etc., etc.

Ces noms sont portés par des personnages répandus dans la société berlinoise; car les civils sont très nombreux dans les cabarets homosexuels qui entourent les casernes; on y voit des « gentlemen » très élégants trainant leurs coudes sur les tables maculées et causant amicalement, le regard brillant, avec des soldats malpropres. C'est là que se traitent les liaisons d'une nuit ou d'une existence entière.

D'après différentes statistiques, établies par la police et par des recherches de Moll, Hirschfeld, Ulrichs, le chiffre des homosexuels atteindrait 2 p. c. en Allemagne. Le Comité scientifique humanitaire de Berlin s'est efforcé de contrôler ce chiffre; il mit en œuvre deux procédés :

I. *Les épreuves de hasard :* on prenait un nombre x d'individus appartenant à la même profession et au même milieu et l'on entreprenait une enquête minutieuse sur chacun d'entre eux; on les classait en normaux, homosexuels et bisexuels.

---

(1) DE WEINDEL et FISCHER : L'homosexualité en Allemagne. Paris, 1908.

Le Comité dressa ainsi le tableau suivant :

Etudiants aristocrates	2	sur	35	soit	5,7	p.c.
Haute aristocratie	2	»	40	»	5,6	»
Ecoles congréganistes	7	»	130	»	5.3	»
Officiers de marine	5	»	100	»	5	»
Ecoles normales d'instituteurs	2	»	50	»	4	»
Bouchers	4	»	110	»	3,6	»
Prêtres protestants	3	»	87	»	3.4	»
Prêtres catholiques	3	»	95	»	3,15	»
Soldats	7	»	250	»	2,8	»
Employés de banque	4	»	150	»	2,66	»
Officiers	14	»	560	»	2,5	»
Paysans	2	»	86	»	2,5	»
Séminaristes	2	»	90	»	2,2	»
Etudiants populaires	2	»	100	»	2	»
Lycéens	6	»	320	»	1,8	»
Employés des postes	18	»	1,000	»	1,8	»
Employés de grands magasins	6	»	400	»	1,5	»
Employés de chemins de fer	3	»	300	»	1	»
Employés de commerce	12	»	1,200	»	1	»
Au total :	104	sur	5.097	soit	2	p.c.

II. *Les enquêtes :* une circulaire fut adressée : 1° aux étudiants de l'école polytechnique de Charlottenbourg ; 2° au syndicat des ouvriers métallurgistes. Le Comité demandait dans cette circulaire de répondre aux questions suivantes, *dans le but de lutter contre le paragraphe 175 du Code pénal :*

« Votre instinct vous porte-t-il vers les femmes ?
» Vers les hommes ?
» Vers les deux sexes ?»

Cet imprimé était accompagné d'un bulletin de vote anonyme sur lequel se trouvaient les lettres : F., H. et F. et H ; il suffisait de souligner l'une ou l'autre de ces lettres pour manifester ses penchants.

Parmi les étudiants il y eut :

Normaux :	1,593	sur	1,696	votants,	soit	94	p.c.
Homosexuels :	26	»	1,696	»	»	1,5	»
Bisexuels :	77	»	1,696	»	»	4.5	»

Ce qui fait : Normaux : 94 p.c.
Anormaux : 6 p.c.

Parmi les ouvriers métallurgistes il y eut :

Normaux	1,802	sur	1,885	votants,	soit	95,6	p.c.
Homosexuels :	22	»	1,885	»	»	1,16	»
Bisexuels :	61	»	1,885	»	»	3,24	»

Ce qui fait : Normaux : 95.6 p.c.
Anormaux : 4.4 p.c.

En combinant les chiffres des deux catégories, on trouve :

Normaux : 94,8 p.c.

Anormaux	Homosexuels	1,33 p.c.	5,2 p.c.
	Bisexuels	3,87 p.c.	

Ces chiffres concordent sensiblement avec ceux des statistiques antérieures qui fixaient à environ 2 p.c. le nombre des homosexuels. Il faut, en effet, tenir compte que les professions les plus atteintes n'ont pas été examinées, tels la haute aristocratie, les officiers de marine, les écoles congréganistes qui, dans le tableau des épreuves de hasard, tenaient le record.

Il résulte des recherches précédentes que, dans l'empire allemand, il y a 2 p.c. d'homosexuels et 3 p.c. de bisexuels; en tout 5 p.c. d'anormaux. Berlin comptant à peu près 2,000,000 d'habitants, on doit admettre qu'il existe, dans cette capitale, 40,000 homosexuels et 60,000 bisexuels; soit en tout 100,000 anormaux.

Ce chiffre formidable est peut-être atteint dans certains autres pays : à Londres et en Hollande, par exemple. Il y a partout des homosexuels, mais il faut reconnaître que cette perversion particulière est moins fréquente en France et surtout en Belgique. L'Allemagne paraît, en ce moment, le pays le plus frappé; aussi le Kaiser a-t-il offert aux officiers, en guise d'étrennes pour l'année 1908, une théorie ayant trait à l'homosexualité; les officiers sont chargés de donner à leurs subordonnés des conférences de nature à les mettre en garde contre leurs tendances spéciales.

*
* *

Ce n'est que dans ces dernières années que la question de l'inversion sexuelle a été étudiée scientifiquement; c'est grâce aux travaux de savants autorisés qu'elle est devenue une question essentiellement psychiâtrique. Dès 1870, Westphal (1) démontra que l'homosexualité constitue plus une tare psychopatique qu'un vice; Kraft-Ebing (1) corrobora ces idées et divisa les invertis sexuels en quatre catégories :

1° Inclination rudimentaire vers l'autre sexe; attraction dominante vers le même sexe. — Hermaphrodisme psychique.

2° Inclination exclusive pour les personnes du même sexe. — Homosexualité. Impossibilité des rapports avec un individu du sexe opposé.

3° Tout l'être psychique a subi une dégénérescence en rapport avec son inversion sexuelle : l'homme se sent, vis-à-vis de l'homme, dans la situation de la femme, il s'efféminé; la femme se sent, vis à vis de la femme, dans la situation de l'homme, elle se masculinise. La façon de penser, de sentir, les capacités, les vêtements même témoignent de cette perversion.

4° L'être physique lui-même se transforme : la structure du squelette, le visage, la voix, etc., etc., suivent les perversions psychiques.

Dans ces derniers temps, les travaux sur l'homosexualité se sont multipliés à l'infini et l'on arrive, en parcourant ces documents, à conclure que deux courants bien distincts entraînent les auteurs : les uns, à l'exemple de Westphal et de Krafft-Ebing, admettent que l'inversion sexuelle, quelle qu'en soit la forme, constitue un état pathologique, une anomalie psychique; les autres cherchent à prouver que l'inversion sexuelle n'est pas toujours due à la dégénérescence psychique. Les premiers la condamnent sévèrement; les autres la défendent et s'efforcent d'en faire ressortir les beaux côtés.

Le plus beau plaidoyer en faveur de l'homosexualité a été fait en 1901, au

---

(1) WESTPHAL : Die contrare sexual Empfindung Symptom eines nevropatischen Zustandes. (*Arch. f. Psych.*, 1870, B. II, p. 73).

(1) KRAFFT-EBING : Psychopathia sexualis, 1re édition, in *Médecine légale des aliénés*, Paris, 1900, p. 385.

Congrès d'anthropologie criminelle d'Amsterdam, par le docteur Aletrino (2), maitre de conférence pour l'anthropologie criminelle à l'Université d'Amsterdam.

Le but du rapport de M. Aletrino était incontestablement de réhabiliter l'homosexuel et de défendre l'uraniste contre l'opinion publique.

L'auteur commence par développer cette idée, déjà défendue par Raffalovitch, que l'uraniste est *complètement l'égal de l'hétérosexuel*, qu'il y a des uranistes normaux, qu'il y a parmi eux des chastes, des tempérés, des vicieux et des débauchés, comme il y a des hétérosexuels chastes, tempérés, vicieux et débauchés.

Les arguments de « nature et contre-nature » n'ont, pour Aletrino, aucune valeur : « Il est indifférent, dit-il, au point de vue de la morale, que quelqu'un se décharge sur un individu du même sexe ou sur un individu du sexe opposé. »

L'influence dépravante exercée sur la société par les hétérosexuels est *plus forte* que celle des homosexuels. Car l'homosexuel qui séduit — supposons que « séduire », le mot dont on se sert généralement, soit le vrai mot — un hétérosexuel ou un homosexuel, ne frappe qu'une seule personne. Un hétérosexuel qui séduit une femme et la rend mère, est, par contre, beaucoup plus à blâmer, en considération de nos institutions sociales : son acte ne perd pas seulement la femme moralement, mais encore l'enfant à qui elle va donner le jour. »

Partant de ce principe, le rapporteur en arrive à déclarer que les uranistes sont utiles à la société et qu'ils ont le droit d'exister autant que hétérosexuels!

Je nie catégoriquement qu'il puisse y avoir un *uranisme normal* (uranisme est synonyme d'homosexualité).

Ainsi que le dit Ferri (1), « toute la vie humaine, dans ses formes les plus simples et les plus complexes, s'agite entre les deux pôles : le *pain* et *l'amour;* le pain pour conservation de l'individu ; l'amour pour la conservation de l'espèce. Tout ce qui est contraire à ces besoins fondamentaux du pain et de l'amour est anormal ». Ces sages paroles démontrent nettement combien l'homosexualité est un phénomène anormal.

Les partisans de cette perversion psychique ne paraissent d'ailleurs pas bien se rendre compte de la définition même du mot homosexualité ou uranisme :

M. Aletrino définit l'uraniste, *l'homme chez lequel existe cette particularité que le sexe propre a plus d'attraction sur lui que le sexe opposé.*

C'est là une définition bien élastique.

Nous avons tous ressenti, dans notre vie, une sympathie plus ou moins grande, une attraction cérébrale plus ou moins marquée pour certains hommes. Beaucoup d'entre nous ont même plus de plaisir dans la société des hommes que dans celle des femmes et cela pour des raisons faciles à saisir.

Sommes-nous pour cela des uranistes? Nullement ; il y a entre l'attraction de l'homme normal pour un individu de son sexe et l'attraction homosexuelle de l'uraniste, la différence qu'il y a entre la communion d'idées, l'amitié, l'affection même et le désir, la différence qu'il y a entre l'amour fraternel et l'amour conjugal. Nous pourrions appeler le premier *l'amour cérébral* et le second *l'amour sexuel.*

Cette différence est bien connue de nous tous, aucun de nous n'a manqué de

---

(2) ALETRINO : La situation sociale de l'uraniste (Comptes rendus du Congrès intern. d'anthropologie criminelle d'Amsterdam, 1901, p. 26).

(1) FERRI : Discussion du rapport de M. Aletrino. (Comptes rendus du Congrès d'Amsterdam, p. 487.)

l'éprouver ; il nous est même arrivé quelquefois de sentir l'amour sexuel se transformer en amour cérébral et de constater qu'une femme, qui, autrefois nous inspirait l'attraction avec désir, ne provoquait plus, au bout d'un certain temps, chez nous, que l'attraction inspirée par une affection profonde sans désir.

Un de mes collègues, me parlant de cette question, il y a une quinzaine d'années, me disait : « Il y a l'amour du dessus et l'amour du dessous. » Cette définition, bien qu'un peu triviale, n'en est pas moins très exacte.

L'uranisme ne peut évidemment pas être confondu avec ce que nous avons appelé l'amour cérébral ; l'uraniste est celui qui ressent une attraction sexuelle, un amour sexuel pour une personne de son sexe.

L'uranisme n'existe pas sans le désir charnel, mais il se complique fréquemment d'amour cérébral ; l'amour cérébral est même très souvent le point de départ de l'uranisme. Mais l'uranisme ne naît que le jour où le désir sexuel parait. Ils peuvent être chastes, tempérés, vicieux ou débauchés, mais toujours les uranistes ressentent des désirs charnels qui peuvent n'entrainer que de simples attouchements ou des baisers, mais qui peuvent aussi donner naissance aux pratiques les plus immorales (1).

Je ne crois pas à ces attractions homosexuelles pures, non guidées par le désir ; certes, j'admets que des natures délite peuvent se faire violence, combattre toute leur vie et avec succès leurs tendances inverties, mais il leur faut pour cela une force de caractère extraordinaire et les *amitiés* qu'ils ont, bien que non entachées d'actes immoraux, sont cependant inspirées par un désir analogue à celui que l'homme normal éprouve en présence d'une personne du sexe opposé.

Si l'on analyse, en effet, les sentiments des homosexuels, on se rend compte que leurs tendances renversées sont pareilles à ce qu'elles devraient être en sens inverse : leurs regards sont brillants, leurs paroles chaudes, leur style passionné ; ils ont, pour les individus du même sexe, une pudeur exagérée ; ils donnent à l'objet de leur amour des surnoms de sexe opposé ; ils admirent leur ami avec une exaltation qui dépasse souvent celle qu'inspire l'amour normal. Leur attachement est tel que beaucoup préféreraient mourir plutôt que d'abandonner l'être aimé. Dans le livre de de Weindel et Fischer (2), on trouve quelques confessions intéressantes communiquées aux auteurs par des ecclésiastiques : un jeune homme de 20 ans s'accuse de rapports homosexuels ; le prêtre lui demande de résister ; le patient répond que, sous la menace de la guillotine ou de la potence, son complice viendrait quand même vers lui : « Il se traine à mes genoux, dit-il, me supplie les mains jointes et... je ne sais pas lui résister. »

Un vieillard déclare à son confesseur qu'il a une « nature renversée » qui le torture jour et nuit : « Tenez, dit-il, maintenant encore que je suis malade, malade au lit, les idées continuent à me poursuivre. Ecoutez, monsieur l'abbé, je voudrais bien faire mettre mon lit là-bas, près de la fenêtre ; ce serait plus gai, quand les jeunes gens entrent à l'usine et en sortent, je les aurais juste devant moi et mon vieux sang se mettrait à bouillonner si fort que je ne pourrais plus y tenir et que je ne répondrais plus de rien. »

Il y a quatre ans environ, entra, dans mon cabinet, la tête haute, un homme

---

(1) Extrait de CROCQ : La situation sociale de l'uraniste (Com. au Congrès d'anthropologie d'Amsterdam, 1901, v. *Journal de Neurologie*, 5 octobre 1901, n° 20, p. 591).

(2) DE WEINDEL et FISCHER : L'Homosexualité en Allemagne. Paris, 1908, pp. 190 et suiv.

d'une trentaine d'années, qui me déclara d'emblée, sans ambages, être homosexuel. Sa passion était telle qu'il accostait, dans la rue, tout homme qui lui plaisait : « Dernièrement encore, me dit-il, en me rendant avec mon ami dans un hôtel borgne, mon attention fut attirée par le tenancier de cet établissement, beau méridional à la face bronzée. Je lui fit des propositions ; *il faut croire que c'était un honnête homme, car il refusa.* Cette passion exagérée me compromet ; je voudrais que, par suggestion, vous m'enleviez ce désir, mais je m'oppose à ce que vous fassiez disparaître mon amour pour mon ami, car *je préférais mourir que de le perdre.* Cet ami est marié et, comme sa femme se doute de nos relations, je vais me marier aussi pour nous voir plus facilement ! » Quelle aberration morale : aucune réserve, aucune honte, il sacrifie une femme à ses instincts pervers, et cela sans l'ombre d'un remords.

Les homosexuels présentent, en somme, des tares psychiques profondes ; ce sont des anormaux, le plus souvent dénués de sens moral ; leurs fonctions génitales sont fréquemment troublées ; chez certains, l'*orgasme* est provoqué par l'attouchement, la vue, l'odeur même de ceux qu'ils aiment et ce fait explique peut-être l'existence des uranistes chastes qui se contentent de la fréquentation, un peu étroite, il est vrai, d'individus du même sexe.

Pour défendre l'homosexualité, Aletrino considère qu'une morale sexuelle préfixée entraîne la *fausse assertion* que chaque individu est né avec un penchant déterminé pour l'autre sexe.

Pour prouver la fausseté de cette assertion, il parle d'une soi-disant période d'indifférence sexuelle chez l'individu normal, arrivé à l'âge de 12 à 15 ans.

D'après lui, à cet âge, je jeune homme ne serait attiré ni vers l'un, ni vers l'autre sexe ; nous passerions donc tous par une période de semi-homosexualité.

Il y a dans cet argument, comme dans tous ceux invoqués par M. Aletrino, une part de vérité. Il est bien évident que l'enfant, chez lequel les désirs sexuels sont nuls, n'a pas de préférence pour tel ou tel sexe ; mais, arrivé à la puberté, lorsque ses sens s'éveillent, il se sent incontestablement attiré par les personnes du sexe opposé. Telle est la règle générale qui, malheureusement, est combattue par de nombreuses circonstances ambiantes.

L'individu, ayant déjà ce que Moll appelle le *Detumescenztrub* (désir de se décharger), provoqué par l'état de tension des organes et ne trouvant pas la possibilité d'exécuter cet acte, en somme physiologique, se livre, de lui-même ou sur les conseils de ses camarades, à la masturbation ; puis, s'il se trouve en contact avec des jeunes gens vicieux, et, toujours parce qu'il ne peut pas avoir de rapports hétérosexuels, il se livre quelquefois à des manœuvres homosexuelles.

Mais ce n'est pas par goût qu'il choisit les individus de son sexe, c'est uniquement par nécessité ; s'il avait à sa disposition une femme, il n'hésiterait pas un instant à abandonner ses pratiques contre nature. Aussi, dès qu'il le peut, abandonne-t-il ses habitudes vicieuses pour adopter définitivement les rapprochements hétéro-sexuels.

Il y aura, certes, parmi les jeunes gens, des sujets qui continueront à préférer les rapports homosexuels, mais ceux-là sont des anormaux.

Un autre argument, allégué par le rapporteur, c'est que les hétérosexuels nouent des relations homosexuelles quand l'occasion des manifestations hétérosexuelles leur manque, par exemple, pendant de longs voyages en mer, dans les prisons, dans les colonies pénitentiaires.

Ici, nous nous retrouvons de nouveau dans les conditions indiquées précédemment ; l'impossibilité de satisfaire le *Detumescenztrub*, dans les conditions normales, pousse l'individu à recourir aux pratiques contre nature.

Mais, de même que le jeune homme dont nous parlions tantôt, dès qu'il aura l'occasion d'être en contact avec des personnes du sexe opposé, le matelot, le prisonnier, etc., abandonneront bien vite leurs habitudes vicieuses pour recou-

rir aux rapprochements naturels; ici encore, il y aura des sujets qui continueront à préférer les rapports homosexuels; mais, ici encore, ceux-là seront des anormaux.

On a dit aussi, pour défendre l'uranisme, que l'homosexualité existe chez les animaux : ce fait, loin de confirmer la normalité de l'homosexualité, vient à l'appui de ce que nous venons de dire concernant les tendances spéciales des individus d'un même sexe, isolés de tout contact avec le sexe opposé.

Chez les animaux, en effet, les pratiques contre nature prennent naissance lorsqu'ils sont isolés, lorsqu'ils sont dans l'impossibilité absolue de satisfaire le *Detumescenztrub*. H. Sainte-Claire Deville (1) a insisté sur ce fait; il a prouvé, entre autres, que des béliers isolés des brebis se livrent à des pratiques contre nature et que ces animaux reprennent leurs habitudes normales en revenant à la vie commune. Hebert (2) a observé le même fait chez les fourmis mâles qui, manquant de femelles, violent les ouvrières. De même, les accouplements d'animaux de races différentes ne s'obtiennent qu'au prix d'une séquestration prolongée.

Ainsi que le fait remarquer Féré, la masturbation existe chez un grand nombre d'animaux (singes, moutons, chiens, chevaux, chameaux, éléphants), mais ici encore les pratiques anormales sont déterminées par des conditions spéciales, comme l'absence d'un animal de sexe différent ou la perte des caractères sexuels chez un animal vieux ou mutilé : « L'anomalie sexuelle, dit Féré (3), disparait quand les conditions normales sont rétablies. En réalité, l'existence de l'inversion sexuelle, telle qu'on l'entend chez l'homme, l'amour homosexuel congénital n'est pas du tout démontré chez les animaux. »

L'homosexualité est donc, chez les animaux comme chez l'homme, une anomalie, une tendance contre nature. Et j'ajoute même que, si elle existait à titre de dépravation chez les animaux, ce ne serait pas une raison pour que l'homme éduqué et moralisé s'y adonne.

De ce que les animaux, privés de toute morale, se livrent à leurs passions et satisfont leurs besoins en public, sommes-nous autorisés à considérer ces actes comme naturels pour nous ?

Pour prouver que l'homosexualité n'est pas une anomalie et que les uranistes peuvent n'être pas dégénérés, le rapporteur cite ce fait, auquel il attribue une très grande importance, que certains hommes éminents, certains génies même, ont eu des penchants homosexuels.

Voilà un argument qui paraîtra bien faible à tous ceux qui se sont occupés de la dégénérescence, car tous savent combien le génie confine à la dégénérescence et combien d'hommes remarquables ont présenté des signes héréditaires et personnels, non équivoques, de dégénérescence. De ce que Napoléon était épileptique, par exemple, peut-on conclure que l'épilepsie n'est ni un état pathologique, ni un signe de dégénérescence ?

Je considère donc les homosexuels comme des anormaux; qu'ils soient débauchés ou chastes, leur inversion psychique démontre un état mental contraire aux lois de la nature. Mais il y a, parmi les homosexuels, des catégories différentes : j'exclus tout d'abord du sujet que je traite les prostitués qui se livrent par intérêt à des pratiques anormales.

---

(1) H. SAINTE-CLAIRE DEVILLE : L'internat dans l'éducation. (*Revue des cours scientifiques*, 1877, 2° édit., t. I, p. 219.)

(2) HERBERT, cité par Féré : L'instinct sexuel, évolution et dissolution. Paris, 1899, p. 73.

(3) FÉRÉ : L'Instinct sexuel, évolution et dissolution, p. 76. Paris, 1899.

1° Parmi ceux qui se sentent entraînés irrésistiblement vers les individus de leur sexe, il y en a qui éprouvent cette attraction dès le premier âge. Le patient dont je parlais plus haut, me dit, entre autres choses : « Depuis l'âge de 12 ans, je me sens attiré vers l'homme et la vue d'un bel homme m'a toujours produit le même effet que la vue d'une belle femme chez un autre. » C'est là le type de l'*homosexuel né*, chez lequel l'inversion est réellement congénitale. En général ce sujet ressent autant de répulsion pour le sexe opposé qu'il éprouve d'attraction pour son sexe.

2° Il en est d'autres qui se montrent d'emblée bisexuels, c'est-à-dire qu'ils éprouvent du désir pour les deux sexes, avec prédominance plus ou moins marquée pour l'un ou l'autre sexe; ce sont les *bisexuels nés.*

3° Il en est, enfin, dont la sexualité se montre normale, ou à peu près, jusqu'au moment où une circonstance fortuite leur fait apprécier l'homosexualité; ils se laissent envahir progressivement par les sentiments anormaux et deviennent invertis; les uns deviennent homosexuels absolus avec répulsion pour le sexe opposé; les autres restent bisexuels avec prédominance plus ou moins marquée pour l'un ou l'autre sexe. Ce sont les *homosexuels et bisexuels d'occasion.*

Parmi ces trois catégories, on rencontre des pratiquants et des chastes, selon leur niveau intellectuel, leur rang social et surtout suivant la nature et la profondeur de leur dégénérescence.

L'homosexualité constitue une tare sociale digne de l'attention des gouvernements; si j'ai tant insisté sur la situation actuelle à Berlin, c'est que les événements récents ont permis d'établir, mieux que partout ailleurs, l'état réel de la capitale germanique. Mais il est indéniable que beaucoup d'autres pays et, particulièrement de capitales, sont infiltrés au même point par l'inversion sexuelle. Il est donc important de chercher les moyens de combattre ce mal universellement répandu.

*
* *

Les législateurs ont cru qu'un article de loi pourrait entraver la marche envahissante de l'homosexualité; cette loi existe en Allemagne : l'article 175 dit, en effet : « L'impudicité contre la nature, commise entre personnes du sexe masculin, est punie de prison et peut entraîner la déchéance des droits civils. »

Cet article a permis de prononcer, en 1900, 535 condamnations pour l'empire allemand tout entier; ce chiffre est minime, eu égard au nombre formidable des homosexuels répandus dans le pays. Les auteurs sont, du reste, unanimes à reconnaître que le seul résultat obtenu par cette législation est le développement du chantage dans des proportions exorbitantes. Une foule d'individus vivent de ce chantage et des milliers de malheureux se voient forcés de verser des sommes fabuleuses pour éviter le scandale. D'après Hirschfeld, il y a annuellement, à Berlin, 2.000 individus qui se laissent prendre dans les filets des maîtres chanteurs !

Ce n'est donc pas par l'article 175 que l'on arrivera à un résultat : l'homosexualité étant un état pathologique, c'est dans les données scientifiques qu'il faudra chercher le remède. Nous sommes malheureusement peu armés vis-à-vis des tares congénitales; que pouvons-nous contre les vices et anomalies innés? Les combattre, dès le jeune âge, par l'éducation; les combattre, plus tard encore, par l'intermédiaire du milieu social. La suggestion directe ne donne rien, pas plus dans les tares congénitales sexuelles que dans celles qui intéressent les autres sphères du psychisme; mais par la suggestion indirecte, patiente, journalière, suggestion faite incessamment par l'entourage, peut-être pourrait-on agir, sinon sur tous les homosexuels, du moins sur un certain nombre d'entre eux. Il faut, pour cela, que l'inversion sexuelle soit connue de tous; il faut que les parents soient avertis ds tendances anormales de leurs enfants, dès que celles-ci se manifestent; il faut que la société connaisse le péril pour s'efforcer de le combattre.

Les résultats, difficiles à obtenir chez les homosexuels nés, peuvent certainement être poursuivis avec succès chez les bisexuels nés. Ceux-ci n'ayant pas perdu l'attraction pour le sexe opposé, il suffira, pour arriver à les corriger, de développer les sentiments naturels non éteints en combattant les penchants anormaux. Quant aux homo- et bisexuels d'occasion, ils seront plus sensibles encore au traitement moral du milieu où ils se trouvent.

Une éducation rationnelle et un milieu favorable pourraient donc faire disparaître une grande partie des invertis; sur les 5 p.c. d'anormaux de Berlin (100.000), 3 p.c. sont bisexuels (60,000). Sur les 2 p.c. d'homosexuels, on peut admettre qu'il y a une bonne moitié d'invertis d'occasion. Si l'on parvenait à guérir les bisexuels et les homosexuels d'occasion, on ferait donc tomber le chiffre des anormaux de 5 à 1 p.c., et, au lieu de 100,000 invertis, Berlin n'en compterait plus que 20,000. C'est dans ce but que l'empereur a ordonné d'instruire les officiers et les soldats sur la tare homosexuelle. Espérons que cette tentative portera ses fruits.

Discussion

M. LACOURT. — Notre confrère Crocq, pour arriver au chiffre de 100.000 homosexuels à Berlin, s'est servi d'un multiplicateur de fortune 5 p.c. qu'il a trouvé dans le recensement organisé dans certaines professions prises au hasard et en appliquant ce multiplicateur fixe à toute la population berlinoise.

Je crois, quant à moi, qu'il y a forcément erreur dans ce calcul, car le referendum a porté sur des adultes seulement et le résultat a été appliqué à la population entière, enfants y compris. Or, l'on sait que l'enfance et l'adolescence jusqu'à 15 ou 16 ans comprennent environ 1/3 de la population et que ces deux âges ne fournissent pas d'homosexuels sans doute. Il faudra donc ne prendre que les 2/3 de la population de Berlin au grand maximum, soit 1.400.000, et la multiplier par 5 centièmes pour avoir approximativement 70.000 homosexuels, et ce n'est déjà que trop.

M. CROCQ. — L'objection de M. Lacourt est certainement fondée et le chiffre de 70,000 homosexuels me paraît répondre à la proportion indiquée dans les statistiques du comité berlinois. Je ne serais pas étonné néanmoins que ce chiffre officiel ne fût inférieur à la réalité actuelle.

M. JACOBS. — 1. L'homosexualité existe-t-elle dans les campagnes autant que dans les grands centres. J'ai été mis au courant de faits de ce genre qui se seraient passés à une vingtaine de kilomètres d'une de nos grandes villes et dont l'auteur était un paysan d'une vingtaine d'années. Nous avons encore présente à la mémoire l'intervention de la justice dans une série de faits de l'espèce perpétrés dans une école laïque de la campagne des environs de Bruxelles. Y a-t-il des statistiques dans cet ordre d'idées?

2. Si je résume quelques données que nous a soumises notre collègue, il semble que l'homosexualité est plus fréquente dans les classes élevées et instruites que dans la classe inférieure. Pourquoi?

3. Devons-nous considérer l'homosexualité comme un danger social et dans ce cas que pense M. Crocq des mesures éventuelles qu'il y aurait à prendre pour l'enrayer?

M. QUINTIN. — 1° Y a-t-il une différence entre les grandes villes, les grandes agglomérations industrielles et les petites localités au point de vue du développement de l'homosexualité?

2° Quelle solution le collègue Crocq préconise-t-il? La coéducation des sexes serait-elle à conseiller?

M. VAN LINT. — N'existe-t-il aucune statistique tenant compte de l'âge des homosexuels? Ne sait-on s'il existe un pourcentage plus élevé parmi les sujets âgés de 25 ans et ceux âgés de 50 ans, par exemple?

Cette statistique pourrait nous renseigner sur l'influence qu'exerce sur le développement de cette perversion sexuelle, le mode d'éducation actuel, où les garçons et les filles sont élevés séparément, loin les uns des autres. Elle serait intéressante. Elle nous dirait, si dans les pays où la coéducation des sexes existe, il y a un nombre d'homosexuels plus ou moins élevé que dans les pays où les enfants du même sexe sont élevés en commun. A première vue la coéducation des sexes doit empêcher le développement de beaucoup de vices contre nature, mais n'entraîne-t-elle pas des inconvénients et des vices plus grands ?

M. CROCQ. — D'après les statistiques, l'homosexualité est un peu plus répandue dans les grandes villes qu'à la campagne; elle paraît être plus fréquente dans les classes élevées que dans les classes inférieures de la société. D'une manière générale, on peut dire que ces différences sont dues, d'une part, aux facilités qu'ont les citadins de satisfaire leurs vices et, d'autre part, à ce fait que les individus appartenant aux classes élevées sont plus fréquemment dégénérés que ceux des classes inférieures.

Si je pense que l'uranisme constitue un danger social, c'est parce que j'estime que la société doit s'efforcer d'atteindre un idéal en adaptant, autant que possible, la vie biologque de ses participants aux conditions de son organisation : autant on s'efforce de mener à bien la lutte pour le pain, autant on doit tendre à perfectionner le second facteur autour duquel pivote l'humanité : l'amour. Tout ce qui est contraire à ces deux besoins biologiques primordiaux est anormal et immoral. L'homosexualité est un penchant en opposition avec les lois naturelles les plus élémentaires : elle constitue un crime biologique et doit, à ce titre, être combattue par la société. Les moyens d'enrayer le mal sont malheureusement restreints : l'application de l'article 175 démontre que la pénalité est impuissante à la combattre. Il ne reste donc que l'éducation rationnelle, la culture psychique, l'influence bienfaisante du milieu sur l'être anormal, qu'il faut aider à lutter contre ses tendances anormales. A ce point de vue, il est bon que l'homosexualité soit mieux connue; je crois que le Kaiser a inauguré une excellente méthode en imposant l'instruction des officiers et des soldats; la première condition nécessaire à la guérison d'une plaie est de la mettre bien à découvert et d'éviter une occlusion qui permettrait au mal de s'infiltrer dans les tissus sains avoisinants.

M. D'HAENENS. — Les tendances homosexuelles d'un uranien ne diminuent-elles pas avec l'âge ? En est-il de cet amour, comme de l'amour normal, qui s'apaise peu à peu au cours de l'existence ?

M. CROCQ. — Je ne pense pas que les tendances homosexuelles diminuent avec l'âge. L'exemple du vieillard, que j'ai rapporté, qui décrivait à son confesseur, en termes si éloquents, ses appétits anormaux, en est un exemple démonstratif. Certes, l'instinct sexuel *normal* diminue avec l'âge, mais les tares psychiques *anormales* ne suivent pas cette marche physiologique. L'homosexuel n'est pas guidé par la satisfaction d'un acte normal, mais par une perversion psychique toute cérébrale ; l'histoire des uranistes démontre surabondamment que ce sont de véritables obsédés dont les préoccupations morbides s'exagèrent progressivement.

M. VAN LINT. — L'état mental de l'homosexuel est-il comparable à celui d'un homme atteint d'une autre perversion sexuelle, telle la recherche des petites filles ?

M. CROCQ. — L'homosexuel est un inverti, un dégénéré, un anormal ; le perverti sexuel est également un dégénéré et un anormal. Ces deux types ont donc certains points de contact : ce sont des êtres biologiquement monstrueux, dont le psychisme est troublé par un état obsédant.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des circonstances qui justifient ou nécessitent l'examen mental de l'inculpé (1)

par le Dr XAVIER FRANCOTTE
Professeur à l'Université de Liège

« Se défendre, tout est là! Qu'un malfaiteur soit fou, qu'il soit conscient, que sa responsabilité aggrave ou diminue sa culpabilité, ce qui compte dans tous les cas, c'est le péril qu'il représente pour ses semblables. C'est bel et bien de soupirer philosophiquement : pauvres apaches! Il serait temps d'écarter des procès criminels les questions de responsabilité qui inspirent aux honnêtes citoyens, cette pensée plus grave: pauvres nous! »

Ainsi s'exprimait un journaliste français dans *Le Petit Marseillais* du 1 juin dernier (2).

La doctrine qu'il énonce apparaît révoltante, monstrueuse: elle choque brutalement les sentiments les plus nobles de justice, d'humanité et l'on se plairait à penser qu'elle constitue une boutade plutôt qu'une opinion mûrement réfléchie.

Mais, en dehors des journaux, dans le monde scientifique luimême, on voit poindre des opinions pareilles.

Au Congrès des aliénistes et neurologistes tenu à Genève au mois d'août dernier, M. Grasset relevait, avec une juste indignation, ces paroles très spirituelles sans doute, mais très inhumaines d'un député français, M. Pierre Baudin: « Nous avons un meilleur emploi à faire de notre pitié, de notre argent et de notre philosophie médicale, a dit M. Baudin, que d'immuniser et d'hospitaliser des détraqués coupables... (Ce problème) intéresse les médecins et les psychologues, il doit laisser indifférents les juristes et les magistrats. » M. Baudin disait encore: « La Société n'a pas à connaître du débat intérieur qui s'est livré dans l'âme du criminel au moment de la prévolition. Cela ne la regarde pas... Et quand la science, sortant de son domaine, aboutit à de telles conséquences, la science n'est plus qu'un paradoxe. Il convient alors de la surveiller. C'est aux magistrats de la consigner dans les laboratoires et de ne l'admettre dans les prétoires que pendant ses intervalles lucides (3).

---

(1) Causerie faite à la Conférence du Jeune Barreau de Liége, le 14 février 1908.
(2) Cité par GRASSET, *La responsabilité des criminils*. Paris, 1908, p. 84.
(3) *Revue de Neurologie*, xve année, 30 août 1907.

Sans aller jusque là, à ce même Congrès, s'inspirant d'idées semblables, M. Bard, l'éminent clinicien de Genève, disait : « L'intérêt social exige absolument qu'on cesse de ne voir dans ces états intermédiaires (1) qu'une simple circonstance atténuante assimilable à toutes les autres, justifiant comme elles l'application de peines écourtées. Pour ma part, si j'étais législateur, je n'hésiterais pas à en faire une circonstance aggravante, exigeant l'allongement de la peine, et je ne croirais pas pour cela faire retour à la barbarie du moyen-âge. »

Ces opinions procèdent d'une idée juste, de l'idée de défense sociale. Mais la défense sociale doit être tempérée par le respect de la personnalité humaine, par les sentiments de pitié, de fraternité. Sans quoi, on retournerait, non pas au moyen-âge, mais aux temps les plus sombres du paganisme et de la barbarie. Un médecin parisien, écrivain de marque, très galant homme, du reste, ne se laisse-t-il pas aller à entrevoir comme l'idéal de l'avenir, « une mort prompte et douce pour les idiots de Bicêtre comme pour les énergumènes qui pillent, qui tuent ou qui volent... l'élimination naturelle et sereine de toutes ces sortes d'hommes reconnus incurables par un tribunal après examen médical » (2) ?

Il fera bon de vivre le jour où la société n'obéira plus qu'au seul souci de son intérêt, où les prophylaxies de toutes sortes ne seront plus tenues en respect par les sentiments de charité, de commisération, le jour où l'on sera d'accord pour proclamer que « se défendre, tout est là ! »

Alors, gare aux enfants difformes du corps ou de l'esprit, gare à toutes les faiblesses, à toutes les infirmités, gare aux bouches inutiles, aux porteurs de contages quelconques. L'élimination les attend. Alors, on pourra dire en toute vérité : « *Homo homini lupus* ».

Mais, Dieu merci, de telles doctrines ne sont point près de prévaloir. Dans son ensemble, l'humanité est imprégnée encore des principes contraires et ce sont ces principes qui dominent notre législation pénale.

M. Willemaers, procureur général de la Cour d'appel de Bruxelles, le disait, en 1900, dans son discours de rentrée : « L'homme n'est responsable que des actes volontairement accomplis : ainsi le veulent les décrets imprescriptibles de la morale et de la justice... Pour commettre une action punissable, il faut être sain d'esprit. C'est là une pensée qui, bien avant d'être traduite dans un texte. était inscrite dans le cœur de l'homme et profondément gravée dans la conscience humaine (3). »

---

(1) Il s'agit des états intermédiaires entre la santé mentale et la folie.

(2) MAURICE DE FLEURY, *L'âme du criminel*. Paris, 1908.

(3) WILLEMAERS. *Les aliénés criminels*. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1900, p. 374.)

Aussi, la justice s'efforce-t-elle de discerner, parmi les auteurs d'infractions, les délinquants proprement dits qu'elle punit, d'avec les aliénés qu'elle absout.

La conscience publique réclame également l'exonération de l'aliéné qui a commis un crime. Elle s'émeut à la pensée qu'un aliéné puisse être puni; elle frémit à l'idée qu'un malade puisse être exécuté.

De fait, la folie est parfois méconnue. Knecht estime que, parmi les aliénés criminels de son service, 23,31 p. c. étaient aliénés avant leur condamnation. Kirn évalue la proportion à 14,72 p. c. et Näcke à 25 p. c. (1).

Pactet et Colin (2), sur 204 aliénés criminels placés à l'asile prison de Gaillon, du 1er janvier au 30 juin 1898, en ont trouvé 74 qui auraient évité la prison s'ils avaient été soumis à un examen médical. Ils font remarquer que si l'établissement de Gaillon fournit une image assez fidèle de ce qui se passe ailleurs, la proportion des aliénés méconnus et condamnés atteint le chiffre énorme de 37,7 p.c. des aliénés criminels (3).

Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a lu au Congrès des aliénistes et neurologistes de Clermont-Ferrand, un important mémoire sur cette question : il a cité 271 cas dans lesquels une condamnation eut peut-être été évitée.

Le sentiment de justice exige l'exonération de l'aliéné qui a commis un acte prohibé par la loi pénale : il veut, de plus, que le châtiment soit mesuré au degré de culpabilité. C'est ainsi qu'il en va dans la vie privée : le père qui punit, s'il veut être équitable, ne réprime pas avec la même rigueur, la faute échappée à une effervescence momentanée, à une distraction et celle qui a été accomplie en suite d'un dessein pleinement et froidement délibéré.

On a beau dire et beau faire : l'observation démontre d'une façon

---

(1) J'emprunte ces renseignements à DE RODE, *De l'influence de la détention cellulaire sur l'état mental des accusés.* (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1900, p. 246.)

(2) PACTET et H. COLIN, *Les aliénés dans les prisons (Aliénés méconnus et condamnés.)* Encyclopédie des aide-mémoires, p. 28. Voir aussi : LES MÊMES, *Les aliénés devant la justice (Aliénés méconnus et condamnés)*.

(3) Des proportions beaucoup plus faibles d'erreurs sont relevées par MARANDON DE MONTYEL. *Contribution à l'étude des aliénés poursuivis, condamnés et acquittés. Archives d'anthropologie criminelle*, 1900) qui arrive à la proportion de 1.07 condamnés, victimes d'erreurs judiciaires, et MOTTET (cité par PACTET et COLIN, *Les aliénés dans les prisons*, p. 29), qui arrive à la proportion de 2 aliénés méconnus sur 10.000 individus jugés.

Mais ces chiffres sont recueillis parmi les justiciables des tribunaux de la Seine ; ceux-ci disposent d'experts particulièrement compétents et recourent à l'expertise plus facilement que les tribunaux de province.

irréfragable qu'entre l'aliénation mentale caractérisée et l'intégrité psychique, il n'y a pas de démarcation nette. Elles sont séparées par une zone frontière assez étendue dont les limites se perdent insensiblement de part et d'autre, occupée par des masses d'individus que M. Grasset appelle des *demi-fous*. Ces individus ne sont pas normaux et ne méritent pas d'être traités comme tels; ils ne sont pas assez franchement anormaux pour échapper à toute pénalité. C'est en faveur de ces demi-fous que s'est constituée la notion de responsabilité atténuée.

On fait remarquer que le Code ignore cette notion; on dit que les états intermédiaires entre la folie et la santé ne sauraient être légitimement considérés comme des circonstances atténuantes (1).

Mais, de fait, la pratique a consacré la responsabilité limitée. En 1906, M. Chaumié, garde des sceaux, en France, éprouvait même le besoin d'en réglementer plus minutieusement encore l'application. Il adressait aux Procureurs généraux une circulaire ainsi conçue (2) :

« Certains médecins légistes croient avoir rempli suffisamment la mission qui leur a été confiée en concluant sommairement à une responsabilité « limitée » ou « atténuée ».

» Une semblable conclusion est beaucoup trop vague pour permettre au juge d'apprécier la culpabilité réelle du prévenu d'après son état mental au moment de l'action ; mais son insuffisance tient généralement au défaut de précision du mandat qui a été donné à l'expert.

» A côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi.

» Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer, avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé.

» Pour atteindre ce résultat, j'estime que la commission rogatoire devra toujours contenir et poser d'office, en toute matière, les deux questions suivantes :

» 1° Dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'acte dans le sens de l'article 64 du Code pénal ;

---

(1) C'est l'opinion exprimée par M. le professeur Thiry dans son discours rectoral, *Sur la responsabilité limitée* : « Les circonstances atténuantes de nos codes ne sont pas de nature à s'appliquer aux hypothèses de responsabilité atténuée. »

A la Société générale des prisons, M. Leredu, avocat à la Cour de Paris, chargé d'un rapport sur le traitement à appliquer aux délinquants à responsabilité limitée, a té d'un sentiment contraire (*Archives d'anthropologie crimnielle* 1905, p. 546).

(2) Reproduite dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, 1906, p. 66.

» 2° Si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité.

» L'expert dira en outre... (ici, le juge d'instruction spécifiera les points qu'il croira devoir signaler plus particulièrement, d'après les résultats de l'information ou des indications fournies par l'inculpé lui-même, par sa famille ou par son défenseur). »

Pour ma part, je voudrais que la loi sanctionnant la pratique, tînt compte des états intermédiaires entre la santé de l'esprit et la folie, qu'elle consacrât formellement la doctrine de la responsabilité atténuée (1) et, s'il avait été mis aux voix, j'aurais donné mon adhésion au vœu proposé par M. Grasset au Congrès de Genève. Ce vœu était ainsi conçu :

« 1° Que dans la loi (française) soit expressément introduite la notion de responsabilité, d'irresponsabilité et de responsabilité atténée, en précisant que ce mot est pris exclusivement dans le sens de responsabilité médicale. »

L'admission de la responsabilité atténuée du chef de trouble mental — dans les conditions actuelles — entraîne des inconvénients. On a dit et répété qu'elle a engendré l'abus des peines écourtées. Je veux bien — sans en avoir jamais trouvé la preuve — je veux bien le croire. Elle entraîne parfois des acquittements malheureux. Elle est de nature à énerver chez le prévenu qui en bénéficie, le pouvoir de résistance, à l'encourager dans la voie des méfaits.

Il serait donc nécessaire de prendre à l'égard des prévenus rentrant dans la catégorie des demi-fous, des mesures appropriées (2).

Pour éviter que des aliénés soient frappés de condamnation, pour éviter que des demi-fous soient traités comme des normaux, il faut que l'examen mental soit ordonné dans tous les cas suspects.

Que faut-il entendre par cas suspect ? En d'autres termes, quelles sont les circonstances qui sont de nature à faire douter de l'intégrité psychique de l'inculpé, qui doivent engager le magistrat à requérir

---

(1) En Allemagne, Schäffer, von Schrenck-Notzing, Weber, Ilberg, Delbruck, Aschaffenburg ont exprimé le même vœu. Voir CRAMER, *Gerichtliche Psychiatrie*, 3e édit. Iéna, p. 38.

(2) C'est pourquoi M. Grasset a fait suivre le vœu reproduit plus haut du vœu que voici : « 2° Que la loi permette que, dans certaines circonstances, le jugement ordonne comme complément ou en remplacement de la peine, le traitement obligatoire, dans des établissements spéciaux, des condamnés dont la responsabilité a été reconnue atténuée ou abolie ». V. GRASSET. *La responsabilité des criminels*. Paris 1908.

Sans admettre la responsabilité limitée, M. le professeur Thiry reconnaît, à côté des normaux et des aliénés, des défectueux pour lesquels il réclame « un régime particulier susceptible de réprimer les delits et de guérir la maladie ».

l'expertise psychiatrique, qui permettent au défenseur de la solliciter légitimement ?

Telle est la question que je vais essayer de résoudre autant que le permet le cadre restreint d'une causerie.

Je range sous quatre chefs les circonstances qui doivent susciter des doutes quant à l'état mental des inculpés :

1° Les antécédents héréditaires de l'inculpé ;

2° Ses antécédents personnels ;

3° Sa conduite, son allure, son état actuels ;

4° Les caractères particuliers de l'acte incriminé.

I

Antécédents héréditaires de l'inculpé

« Il existe, écrivait Trélat en 1856, une grande cause d'aliénation, cause primordiale, cause des causes, l'hérédité qui fixe cette maladie dans les familles et la rend transmissible de génération en génération... l'hérédité, voilà où gît la grande cause. La plupart du temps, elle suffit à elle seule et n'attend, tout au plus pour éclater, que les circonstances adjuvantes (1). »

Tous les aliénistes reconnaissent le rôle de l'hérédité dans la production de la folie, mais tous ne lui font pas une aussi large part que Trélat.

Toulouse a rapproché les chiffres donnés par différents auteurs, indiquant la proportion numérique des cas d'hérédité dans la genèse des maladies mentales. Ils varient de 15,50 p. c. (Ellis) à 90 p. c. (Moreau de Tours) (2).

Lucas reproduisant des statistiques plus anciennes, fournit des proportions qui varient de 1 à 84 p.c. (3).

Si forte que soit la part que l'on fasse à l'action héréditaire, on ne pourrait y voir une influence fatale, inéluctable. Trélat le reconnaît : « La loi de l'hérédité peut être modifiée par les alliances. Le fait est incontestable, quoique, dans l'état actuel de la science, on ignore les conditions et les données en vertu desquelles et selon lesquelles cette modification se produit et pourrait s'obtenir.

Il est des familles où les enfants sont tous fidèlement frappés. Il en est où un certain nombre sont atteints et où d'autres ne le sont pas.

Il en est aussi où la présence du vice transmissible heureusement

(1) *Annales médico-psychologiques*, tome II, 1856, p. 189.

(2) Toulouse. *Les causes de la folie.* Paris 1866, p. 19.

(3) Lucas. *Traité de l'hérédité naturelle*, Paris 1850, tome I, p. 792.

modifié par l'alliance, paraît n'engendrer que d'heureux effets : intelligence élevée, esprit, quelquefois, génie. »

Les écarts considérables qui se trouvent dans l'évaluation par les différents auteurs de l'influence héréditaire, tiennent à diverses causes.

La question du milieu où l'on opère intervient à cet égard. La proportion des cas où se découvre l'influence héréditaire est supérieure dans les maisons de santé privées où l'enquête est plus facile, plus complète que dans les asiles publics. Dans ces derniers, l'on a affaire à des gens moins attentifs à l'histoire familiale, moins avertis des choses de l'hérédité.

Puis, la façon de procéder aux recherches, la façon d'apprécier les faits varient beaucoup suivant les observateurs. Celui-ci n'enregistre que les antécédents bien nets et dûment établis ; celui-là, moins rigoureux, tient compte des moindres anomalies familiales, fait état des renseignements les plus vagues. Celui-ci n'envisage que l'hérédité directe, l'hérédité similaire ; celui-là s'attache, en outre, à rechercher l'hérédité collatérale et atavique, l'hérédité de transformation. Celui-ci pèse minutieusement les antécédents morbides, discernant les maladies constitutionnelles d'avec les maladies accidentelles, se préoccupant d'écarter les affections acquises postérieurement à la conception du sujet. Celui-là inventorie sans critique tous les événements pathologiques de l'ascendance, néglige l'action possible de la contagion mentale, de l'imitation, de l'éducation, du milieu et porte le tout à l'actif de l'hérédité.

Ce sera à l'expertise médicale de chercher à établir la véritable signification, au point de vue de l'hérédité, de maladies mentales constatées dans la famille de l'inculpé, que ce soit chez les parents, ou chez les collatéraux, ou chez des ancêtres plus ou moins éloignés.

Mais l'hérédité psychopathique n'a pas sa source exclusive dans la folie ; celle-ci peut dériver, par voie de transformation, de maladies nerveuses chez les ascendants, par exemple, de l'hystérie, de l'épilepsie, de la neurasthénie.

La consanguinité des procréateurs, leur âge avancé sont également des circonstances qui favoriseront l'éclosion de l'aliénation mentale dans la progéniture.

Ce n'est pas tout encore : certaines infections chroniques, la syphilis, la tuberculose, sans atteindre spécialement le cerveau des générateurs, peuvent retentir sur les facultés mentales de la descendance.

Les intoxications chroniques des parents exercent une action analogue. L'alcoolisme en particulier est un puissant agent de dégénérescence psychique.

Morel a montré, dans l'histoire d'une famille dont le fondateur

était un alcoolique, la marche progressive de cette dégénérescence.

Dans la première génération: dépravation morale, excès alcooliques.

Dans la seconde: ivrognerie héréditaire, accès maniaques, paralysie générale.

Dans la troisième: hypocondrie, mélancolie, tædium vitæ, impulsion à l'assassinat.

Dans la quatrième: imbécillité, idiotie, extinction de la famille (1).

Des antécédents familiaux appartenant à la catégorie de ceux que je viens d'énumérer, sont de nature à légitimer un examen mental de l'intéressé. Ils constituent non pas une preuve, mais une présomption de folie.

Celle-ci peut résulter encore de la constatation de tares psychiques ou nerveuses graves dans la progéniture de l'inculpé. On juge l'arbre à ses fruits. Lors donc, que l'on observe de l'épilepsie, de l'imbécillité, de l'idiotie parmi les descendants d'un sujet, il y a lieu de se défier de son état mental. On sait que l'hérédité a souvent une action progressive, grossissante, se manifestant par la plus grande précocité, par la plus forte intensité des tares familiales dans la suite des générations.

II

Antécédents personnels de l'inculpé

Les antécédents personnels de l'inculpé doivent être pris en considération.

On peut trouver un indice de maladie mentale et un motif d'expertise dans le fait que l'inculpé a manifesté de très bonne heure, des instincts pervers, qu'il s'est montré réfractaire à toute instruction, à toute éducation, qu'au service militaire, il a encouru de nombreuses punitions, qu'il n'a jamais su apprendre de métier, qu'il a constamment changé de besogne ou de patron, qu'il s'est livré au vagabondage.

Il y a lieu encore de suspecter l'état mental quand le sujet a traversé antérieurement une maladie psychique, s'il a été affecté de troubles nerveux tels que convulsions de l'enfance, somnambulisme, incontinence d'urine nocturne, danse de St-Guy, surtout si d'autres circonstances se rencontrent en même temps pour justifier des doutes quant à la mentalité de l'inculpé.

Il en sera de même si celui-ci a été soumis à des intoxications. Beaucoup de poisons, par action lente et prolongée, arrivent à of-

---

(1) Morel. *Traité des dégénérescences*, Paris, 1857.

fenser grièvement les facultés intellectuelles. Je citerai, parmi les empoisonnements volontaires, le morphinisme, l'opiomanie, l'alcoolisme, le cocaïnisme et parmi les intoxication professionnelles, l'intoxication par le plomb, par le mercure, par le sulfure de carbone.

Les maladies infectieuses ébranlent parfois très profondément le système nerveux central : il en est ainsi de la variole, de l'influenza et surtout de la fièvre typhoïde.

Morel a vu « l'imbécillité et une sorte d'idiotisme incurable être la conséquence de la fièvre typhoïde chez de jeunes sujets. Dans une famille composée de huit enfants et chez lesquels il est vrai de dire qu'il existait des prédispositions héréditaires, la fièvre typhoïde atteignit successivement chacun de ces enfants. Quatre d'entre eux sont restés complètement sourds avec un grand affaiblissement des facultés intellectuelles; chez les quatre autres, il y eut des délires consécutifs bizarres, avec des alternatives de stupidité et d'excitation (1). »

Les maladies cérébrales comme la méningite, les traumatismes de la boîte cranienne et de son contenu sont, bien plus souvent, l'origine d'altérations graves des facultés psychiques.

Le 11 août 1904, Mathieu G., âgé de 35 ans, contre-maître, est renversé par une motocyclette. Quand on le relève, on constate qu'il a perdu connaissance et, à l'hôpital où il est transporté, on découvre l'existence d'une fracture de la base du crâne. Bientôt éclate un délire violent et tout annonce une mort prochaine. Il finit pourtant par reprendre connaissance et quand il obient son exeat, le seul vestige apparent de la lésion si grave qu'il a subie, est une paralysie d'une moitié de la face.

Mais, peu à peu, se révèle une modification de son caractère : il devient de plus en plus irascible : « il ne me faut rien dans mon chemin », dit-il lui-même. De plus, il accuse des vertiges et des maux de tête avec des particularités propres à la céphalalgie consécutive aux traumatismes craniens.

Son irascibilité ne fait qu'augmenter. Ce sont constamment, et souvent pour des riens, des scènes violentes dans son ménage. Sa femme n'a qu'une chose à faire, se sauver et laisser passer l'orage.

En octobre 1905, à la suite d'une nouvelle crise de colère, l'administration communale soulève la question de la séquestration. Avec un médecin de la localité, je fus appelé à la trancher. Nous avons cru pouvoir différer l'internement, en recommandant aux siens la patience, à la police une spéciale surveillance.

---

(1) MOREL, *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860, p. 167.

Depuis lors, l'état ne s'est pas aggravé ; il ne s'est pas non plus amélioré.

Qu'un individu qui se trouve dans ces conditions, vienne à se rendre coupable d'une infraction, il y aura indication formelle d'expertise psychiatrique.

Cet état d'irascibilité avec maux de tête et autres troubles psychiques et nerveux, consécutif à des traumatismes cranio-cérébraux, rappelle le caractère des épileptiques et on pourrait d'autant plus justement le considérer comme une sorte d'*épilepsie fruste* que souvent et parfois, après un temps assez prolongé, on voit s'y adjoindre des attaques nettement comitiales.

Le 20 novembre 1898, un jeune ouvrier de 19 ans reçoit sur le haut de la tête une barre de fer projetée avec force. Il en résulte une fracture du crâne avec enfoncement, perte de connaissance. La trépanation est effectuée le 21 novembre.

Le malade reprend ses sens le cinquième ou sixième jour après l'accident.

Je l'examine en janvier 1900 : il accuse des maux de tête caractéristiques, il présente des troubles du sommeil, de l'affaiblissement de la mémoire et une tendance marquée à des emportements excessifs. A cette époque, il n'y avait pas trace de crises convulsives : celles-ci débutent en décembre 1900, c'est-à-dire plus de deux ans après l'accident.

Ce fait de l'apparition si longtemps retardée d'accidents graves comme le sont les attaques épileptiques à la suite de lésions cranio-cérébrales, mérite assurément de fixer l'attention et doit entrer en ligne de compte dans l'évaluation des conséquences éventuelles de pareilles lésions.

III

Etat actuel de l'inculpé

Comme troisième indice de folie chez un inculpé, j'ai mentionné sa manière d'être et de se présenter actuelle.

S'il divague, s'il tient des propos bizarres, s'il se livre à des actes extravagants, s'il manifeste une hébétude prononcée, s'il allègue une amnésie complète, il va de soi que l'examen mental s'impose, ne fut-ce que pour déceler une feinte possible.

D'autre part, il ne serait pas légitime de repousser la présomption d'aliénation mentale résultant d'autres indices, par la raison que le sujet offre une attitude parfaitement normale, une mémoire fidèle, un raisonnement sensé.

Il s'agit peut-être d'une folie transitoire comme le délire furieux épileptique ; ou bien, l'on a affaire à une *folie partielle*.

On a coutume d'opposer la raison à la folie. Mais il n'y a pas là

une antinomie réelle, complète et Parant (1) a pu écrire un livre intitulé: *La raison dans la folie.*

La folie n'est pas toujours le détraquement entier, permanent du mécanisme psychique. Il arrive que certains rouages seulement sont brisés ou faussés, tandis que d'autres sont intacts et fonctionnent normalement. C'est le cas pour la *folie partielle ou paranoïa* dont l'élément essentiel est l'idée délirante et qui ne comporte nullement l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Dans ses *Souvenirs intimes de la Cour des Tuileries*, Mme Carette raconte que le 22 février 1866, faisant une visite à la maison nationale de Charenton, l'Impératrice Eugénie fut abordée par un des pensionnaires qui, dans les termes les plus sensés, les plus éloquents même, sollicita son intervention aux fins d'obtenir sa liberté. A preuve de son intégrité mentale, il remet à la Souveraine des travaux scientifiques dont il était l'auteur et qui, soumis à des hommes compétents, furent reconnus comme l'œuvre d'un esprit éminent. Convaincue que la séquestration de cet homme était totalement injustifiée, l'Impératrice fit faire des démarches en vue de sa libération et en attendant qu'elles eussent abouti, elle voulut revoir son protégé pour lui apporter l'espoir d'un prochain élargissement. Le malade — car, c'en était un — ressentit une joie bien vive de la nouvelle visite de l'Impératrice. « Ah! Madame, lui dit-il, vous seule pouvez me délivrer. Ma famille est si mal pour moi. Voyez, on a mis le Panthéon sur le bout de mon nez afin de m'empêcher de sortir. »

Hélas, ajoute Mme Carette, cet esprit véritablement supérieur était réellement troublé sur certaines questions, tout en conservant une grande logique sur d'autres (2).

L'idée délirante ne présente pas nécessairement le caractère d'extravagance qui en révèle d'emblée la nature morbide.

Dans le *délire processif* ou *paranoïa quérulante* notamment l'origine pathologique ne ressort pas de l'idée elle-même.

L'idée délirante qui constitue le délire processif n'est pas invraisemblable. Elle n'est même pas toujours complètement fausse. Suivant l'observation de Hitzig (3), dans la montagne de plaintes qu'élève le quérulant, il y a souvent un grain de vérité. Mais ce qui dénote la nature morbide de l'idée, ce sont les déductions injustifiées auxquelles elle donne lieu; c'est l'empire toujours grandissant qu'elle exerce sur le sujet; c'est l'acharnement avec lequel celui-ci poursuit le redressement de ses prétendus griefs; c'est l'incorrigi-

---

(1) PARANT. *La raison dans la folie.* Paris, Doin 1888.
(2) Mme CARETTE. *Souvenirs intimes de la Cour des Tuileries.* Tome I, p. 304.
(3) E. HITZIG, *Ueber den Quärulantenwahnsinn.* Leipsig, Vogel, 1895.

bilité absolue qu'il oppose aux leçons de l'expérience et aux conseils de la sagesse.

Qu'un ignorant qui cherche à se persuader de la santé d'esprit d'un des siens dise : « Il a de si bonnes raisons! Il écrit de si belles lettres! Il parle si bien. » De pareils arguments seraient intolérables dans la bouche d'un homme éclairé, d'un magistrat.

Non moins injustifiée serait la contestation de la folie, du chef de la préméditation, chez des inculpés que certaines circonstances dénoncent comme atteints dans leurs facultés mentales.

Aubanel a rapporté un fait des plus instructifs qui montre à quelles regrettables erreurs judiciaires peut mener l'opinion que je signale.

Le 12 avril 1847, un meurtre fut commis en plein jour, dans une campagne située près de la Cadière (Var), sur un nommé Matheron, propriétaire, qui fut percé de huit coups de couteau.

Un voisin, qui était accouru au premier cri d'alarme, vit un homme s'enfuir à travers champs; il crut reconnaître le nommé Moulinard, habitant de la Cadière. La nuit suivante, on se transporta à la demeure de cet individu pour le saisir; on le trouva caché dans un cellier. Il avoua presque immédiatement qu'il était l'auteur du meurtre et n'opposa pas la moindre résistance. Au cours de l'instruction, d'après quelques indices, on soupçonna la folie, et Aubanel fut chargé de procéder à l'examen médico-légal.

A l'aide de la procédure, Aubanel reconstruisit le passé de Moulinard et put déterminer chez lui l'évolution déjà ancienne des idées de persécution. Ces idées s'étaient développées d'une manière progressive, et Moulinard était arrivé à croire que tout le village où il demeurait était contre lui. Il résolut de se venger. A la fin de mars, il acheta un large couteau de boucher, et le 12 avril, il accomplissait son meurtre.

« Dans les divers interrogatoires auxquels Moulinard a été soumis, dit Aubanel, il a toujours répondu avec précision, sans incohérence dans les idées, sans trouble apparent dans les facultés. Il a dit que, depuis un mois, il avait l'intention de tuer Matheron, et que c'était dans ce but qu'il était allé acheter le couteau dont il s'était servi. Il a raconté de quelle manière il s'était rendu à la propriété de cet homme, comment il l'avait abordé, comment il l'avait frappé de son arme meurtrière; puis, il a fait le récit de son retour dans sa maison d'habitation et des circonstances de son arrestation pendant la nuit. Pressé de questions sur les motifs qui ont pu le pousser à ce crime, il s'exprima à peu près en ces termes : « Tout le village de la » Cadière est contre moi ; j'y ai tellement d'ennemis, qu'il serait » trop long de les désigner. Je ne pourrai pas dire tout ce que l'on » m'a fait; mais on m'a adressé des injures, on a cherché à me

» nuire de toutes les manières, on m'a empêché de travailler... Ma-
» theron m'en voulait depuis longtemps. »

Discutant tous les éléments d'information qu'il avait réunis, Aubanel établit que Moulinard était malade depuis trois ans environ; qu'il avait eu d'abord une sorte de mélancolie hypocondriaque; puis, qu'il était devenu délirant, ayant la croyance qu'on le persécutait, qu'on voulait l'empoisonner. Il concluait en conséquence, que l'inculpé devait être traité, non comme un criminel, mais comme un fou, et séquestré à perpétuité dans un asile d'aliénés.

Ainsi Moulinard avait bien prémédité son meurtre; néanmoins, il était aliéné, et l'expert demandait qu'il fut déclaré irresponsable.

Conformément aux conclusions du rapport, le juge d'instruction rendit une ordonnance de non lieu. Mais le procureur du roi, moins convaincu que le juge d'instruction, forma opposition, et l'affaire fut renvoyée à la décision de la Cour d'appel d'Aix.

Celle-ci rendit un arrêt que nous devons reproduire presque en entier, car les termes employés pour écarter la présomption de folie sont ceux qu'aujourd'hui encore emploient toutes les personnes étrangères à la connaissance des maladies mentales:

« Considérant qu'il s'agit d'un assassinat parfaitement constaté; qu'il est également prouvé que c'est Moulinard qui l'a commis; que, d'autre part, celui-ci n'est pas dans un état d'imbécillité, de fureur ou de démence; que seulement il résulterait de deux rapports de médecins qu'il est atteint de la monomanie furieuse; qu'il n'a jamais été interdit; qu'il a toujours parlé, agi, raisonné comme le commun des hommes; que ce sera donc aux jurés à apprécier l'état de ses facultés intellectuelles et la réalité de cette monomanie; que l'état de démence n'est pas prouvé; par les motifs invoqués à l'appui, la Cour, faisant droit... renvoie Moulinard devant la Cour d'assises du département du Var... »

L'acte d'accusation présenta l'affaire au même point de vue que l'arrêt de la Cour d'Aix. Les témoins à charge soutinrent que l'accusé n'était pas fou; qu'il était plus coquin que fou, et que jamais personne dans le pays ne l'avait considéré comme privé de sa raison. Le ministère public, dans son réquisitoire, n'osa pas aller jusqu'à soutenir que l'inculpé était réellement sain d'esprit; on sentit qu'il avait des doutes à cet égard, et ce qui le fit mieux ressortir encore, c'est qu'il ne prit pas de conclusions.

Le jury rapporta un verdict de culpabilité et Moulinard fut condamné aux travaux forcés à perpétuité.

Les événements ultérieurs justifièrent bientôt l'opinion d'Aubanel contre l'arrêt de la Cour d'assises. A peine arrivé au bagne, Moulinard y donna des signes si évidents de folie, que l'administration pénitentiaire se vit contrainte d'agir de façon à proclamer l'er-

reur commise par le tribunal et bientôt le prisonnier dut être conduit à l'asile d'aliénés d'Aix.

Alors, Aubanel crut de son devoir, dans l'intérêt de la justice et de la science, de faire connaître ces événements, et, dans un mémoire plein d'enseignements utiles pour nous, il publia et discuta les principaux éléments du procès

Un document surtout appelait son attention parce qu'il avait servi d'élément essentiel à la condamnation de Moulinard; c'était l'acte d'accusation. Sur quoi le procureur du roi s'était-il fondé, d'abord pour faire annuler l'ordonnance de non-lieu, puis pour réclamer la condamnation ?

Il se fondait en premier lieu sur ce que Moulinard avait agi avec préméditation; ce qui le prouvait, c'est qu'il avait acheté son arme à l'avance, dans un autre village que le sien, chez un marchand qui ne le connaissait pas. Aubanel de répondre à cet argument:

« J'admets, avec l'acte d'accusation, qu'il y a eu préméditation chez Moulinard, préméditation parfaitement calculée et préparée de longue main. Mais est-ce une preuve qu'il n'y ait pas de folie ? Non. Il faut bien savoir, comme la science l'a établi, qu'un grand nombre de fous conservent la conscience de leur état, de leur délire et de leurs rapports avec le monde extérieur; que plusieurs, remarquables par l'association exacte de leurs idées, tiennent des discours sensés et défendent leurs opinions avec finesse et avec une logique serrée; que d'autres, voulant atteindre un but, combinent leurs moyens avec ruse, dissimulation et calcul; que quelques-uns n'offrent d'autres lésions intellectuelles que celles de la volonté qui les pousse irrésistiblement à des actes coupables; que beaucoup, quoique très dangereux, conservent, pendant longtemps, un calme, une apparence physique de raison, capables de tromper les personnes les plus expérimentées. L'aliéné dont le délire est partiel peut méditer un crime, s'y préparer, calculer les moyens les plus certains pour réussir (1). »

(*A suivre.*)

---

(1) AUBANEL. *Mémoire médico-légal sur un cas de folie homicide méconnue par les assises du Var. Annales médico-psychologiques*, 1849, p. 80 et 245. Le resumé que j'en donne est emprunté à PARANT. *Op. citat.*

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

—

Séance du 2 avril 1908 (*suite*). — Présidence de M. Klippel

—

Perte des mouvements isolés des doigts et des mouvements d'opposition du pouce dans l'hémiplégie légère

M. NOICA. — M. Marinesco a observé les phénomènes suivants à la suite *d'ablations corticales pour épilepsie essentielle :*

1° *L'absence des mouvements isolés des doigts*, la paralysie absolue des mouvements d'opposition du pouce, la perte des mouvements spécialisés de la main, tels que l'écriture, la préhension, l'acte de se boutonner, etc. 2° *L'existence des mouvements associés multiples : les malades ne peuvent exécuter aucun mouvement isolé des doigts*, car dès qu'ils veulent fléchir un doigt les autres se fléchissent en même temps; s'ils ferment le poing, on voit le pouce, qui à l'état normal reste en dehors, presque en extension, se fléchir, s'appuyer sur la face palmaire de la main et se laisser recouvrir par l'index et par le médius de son côté; l'extension des doigts s'accompagne de leur abduction; la flexion du coude s'accompagne de la flexion de l'articulation radio-carpienne et de tous les doigts en forme de poing, etc.

En résumé, dit l'auteur, « les manifestations observées dans ces deux cas, *comme suite d'une destruction plus ou moins étendue de la zone rolandique*, peuvent être définies de la façon suivante : paralysie motrice, hypertonie ou contracture de certains groupes musculaires, mouvements synergiques, exagération des réflexes tendineux, abolition des réflexes cutanés et signe de Babinski, atrophie musculaire et troubles de la sensibilité.

Je n'ai jamais rencontré, ajoute M. Marinesco, chez l'homme d'hémiplégies ou de monoplégies spontanées offrant un tableau clinique semblable.

L'orateur a trouvé une *symptomatologie analogue chez deux sujets atteints l'un d'hémiparésie infantile droite, l'autre d'hémiparésie gauche syphilitique.*

Ces cas confirment les expériences de Munck chez le singe; ce physiologiste admet, en effet, que l'écorce cérébrale *est le siège des mouvements isolés*, indépendants, des différents segments des extrémités opposés, tandis que les mouvements réflexes communs ont leurs centres moteurs au-dessous de l'écorce rolandique.

Un cas de spasme glottique, avec râle trachéal, datant de quatorze ans, chez une hystérique

M. DEJERINE et Mlle LANDRY présentent une malade âgée de 44 ans, névropathe avérée; à 15 ans, *elle trouve son frère pendu, râlant.* A partir de ce moment, *elle a des étouffements et de la toux;* à 26 ans elle présente une *hémiplégie droite;* puis, de 26 à 30 ans, elle a des *crises de nerfs.* A 30 ans, s'ajoute le *râle trachéal* qui persiste encore aujourd'hui; *ce râle est analogue à celui des agonisants.* Pendant le sommeil tout disparaît. Des examens soigneux ont démontré l'absence d'une lésion organique quelconque.

Il ne peut être question d'autre chose que d'une *spasme laryngé de nature fonctionnelle*, que les antécédents de la malade montrent être de nature hystérique. La très longue durée de l'affection — quatorze ans — est importante à considérer, étant donnée la conservation de l'état général qui s'explique en grande partie par ce fait que, *lorsque la malade dort, la respiration s'effectue comme à l'état normal.* Mais s'il est facile de concevoir — et l'hystérie est assez coutumière du fait — qu'un trouble fonctionnel disparaisse pendant le sommeil, il est moins facile de comprendre comment et pourquoi le râle trachéal,

le bruit de gargouillement inspiratoire et expiratoire disparaît lui aussi dans les mêmes conditions. Ajoutons enfin que, chez cette malade qui désire ardemment guérir, *tous les essais thérapeutiques basés sur la psychothérapie* et pratiqués pendant les nombreux séjours qu'elle a faits dans le service de l'un de nous, *ont toujours complètement échoué.*

M. J. BABINSKI. — Il est fort possible que les troubles dont est atteinte cette malade soient de nature hystérique, mais *ce n'est qu'une hypothèse*, car M. Dejerine ne fournit par d'argument décisif à l'appui de ce diagnostic.

M. DEJERINE. — Je ne puis pas faire naître à volonté le spasme chez cette malade puisqu'il est permanent, sauf pendant le sommeil. Mais *je puis le faire disparaître à volonté*, puisqu'il suffit d'introduire un tube à l'entrée de l'œsophage pour le faire cesser. Etant donnés les antécédents du sujet, *on ne peut porter ici d'autre diagnostic que celui de spasme hystérique.*

M. RAYMOND. — La personne que notre collègue Déjerine vient de nous présenter *est incontestablement atteinte d'un spasme respiratoire et d'origine hystérique*, comme l'était la malade à laquelle M. Ballet a été obligé de pratiquer la trachéotomie afin d'empêcher la mort par suffocation. Ces faits sont tout à fait comparables à ceux d'œsophagisme hystérique. Pour ma part, j'en ai vu un grand nombre de cas, et beaucoup ont été présentés aux élèves de la clinique. Un travail très intéressant de Dubois (de Saujon), communiqué à la Société de Thérapeutique, en relate quelques-uns guéris par la suggestion aidée du massage vibratoire ; l'un d'eux persistait, sans changement, depuis une huitaine d'années environ.

M. BRISSAUD. — Parmi les troubles respiratoires qu'on a voulu rattacher à l'hystérie, l'asthme figure en bonne place ; mais *faut-il vraiment faire intervenir l'hystérie pour expliquer tous les caprices de l'asthme?* Je connais un médecin, âgé de 45 ans, qui fut atteint autrefois de crises d'asthme typique se reproduisant à des intervalles plus ou moins éloignés. Peu à peu, ces crises se sont rapprochées, à tel point qu'aujourd'hui ce confrère est en état de crise asthmatique permanente, mais son état général reste excellent. Par là, il se rapproche de la maladie présentée par M. Déjerine. Encore une fois, est-il nécessaire de mettre l'hystérie en cause pour expliquer ces troubles fonctionnels respiratoires?

Ataxie oculaire

M. BOURDIER présente deux malades atteintes de *goître exophtalmique héréditaires dans trois générations successives;* la mère et la fille sont en outre atteintes d'un *trouble fonctionnel des muscles des yeux*. Normalement, l'occlusion des yeux entraîne les globes oculaires en haut et en dehors.

Chez ces deux malades, l'acte se passe tout autrement : lorsqu'on leur commande de fermer les yeux, on voit les *globes oculaires se porter parallèlement à gauche*, mouvement lévogyre, et *en haut, puis à droite*, mouvement dextrogyre, *et en haut*, revenir à leur première position lévogyre et dans un dernier temps *se fixer à un « état d'équilibre instable musculaire »* : le regard est dirigé directement en avant. Naturellement, ces phénomènes ne sont pas perçus si nettement, les deux paupières étant abaissées : on observe alors un roulement des globes qui apparait comme une sorte de *roulis sous- palpébral.* Pour les mettre en évidence, on peut maintenir écartées par doigts les paupières d'un côté : on constate nettement les mouvements d'un globe et le parallélisme de l'autre.

Il s'agirait d'un *désordre de la fonction de synergie entre les muscles orbiculaires des paupières et la musculature extrinsèque des globes*, d'une *contraction synergique paradoxale* », analogue à celles qui ont été décrites notamment dans la paralysie faciale périphérique (Babinski).

Peut-être y a-t-il lieu de songer à une *névrose cérébelleuse*. La malade présente des *signes d'hystérie oculaire* (dyschromatopsie, rétrécissement concentrique du champ visuel).

Cette explication offre l'avantage de présenter un accord parfait avec les expériences des physiologistes. Schwahn, Laborde, Duval et Groux ont opposé les effets produits par *l'excitation de l'écorce cérébrale* à ceux produits par *l'irritation du cervelet* : dans le premier cas, on observe des *déviations oculaires conjugées;* dans le deuxième cas, *des déviations dissociées avec production de strabisme*. Des centres cérébelleux exiteraient dont « les lésions entraîneraient l'abolition des mouvements associés. »

Maladie nerveuse familiale

MM. KLIPPEL et MONIER présentent la sœur du malade montré à la précédente séance.

Cette malade présente un syndrome qui. comme nous le disions en débutant, n'est que l'exagération de celui de son frère. Chez tous les deux, on trouve la même chronologie dans l'apparition des accidents. Après des *manifestations convulsives nerveuses* dans la première enfance, ils présentent des *troubles moteurs* qui se sont accusés surtout vers la vingtième année, tandis que, pendant la deuxième enfance et l'adolescence, ils jouissaient d'une assez bonne santé et pouvaient, l'un se marier, l'autre être employé comme conducteur de chevaux.

Dès l'âge adulte, tous deux sentent une *raideur progressive des muscles*, surtout *des membres inférieurs*, en sorte que la marche a été profondément troublée. Les membres supérieurs ont aussi, mais à un moindre degré, participé au même trouble ; aussi leurs gestes sont rares, lents, et *les mouvements, bien que la force musculaire soit parfaitement intacte, nécessitent une sorte d'effort soutenu pour être exécutés*. La *mimique est troublée*, en sorte que l'expression de leur physionomie rappelle celle de certains *débiles mentaux*. Pourtant on ne saurait les considérer comme tels : leur intelligence, tout en étant légèrement au-dessous de la moyenne, est suffisamment développée. *La parole enfin*, chez l'un et chez l'autre, *est troublée*, particulièrement chez le frère. Celui-ci, en effet, surtout au début des phrases, poussait en quelque sorte avec effort les premières syllabes, puis précipitait les mots suivants ; sa sœur articule lentement, et parfois assez difficilement certains sons.

Cette maladie nerveuse familiale dont, paraît-il, deux cousines de nos malades seraient aussi atteintes, paraît assez particulière. La série des troubles que l'on observe nous paraît liée à une *exaltation permanente et diffuse du tonus musculaire*.

Il est vraisemblable qu'*une lésion méningo-encéphalique, survenue au cours de la première enfance, est à l'origine des manifestations actuelles.*

Sarcome kystique du cervelet

MM. CANTONNET et COUTELA rapportent le cas d'un malade ayant présenté une *baisse de la vue* avec *céphalée, hébétude, amnésie, asthénie, pouls ralenti sans vomissement. Stase papillaire* et hémorragies rétiniennes, *vision nulle, nystagmus;* pas de *lymphocytose*. A l'autopsie on trouve une *tumeur*

kystique de la grosseur d'une noisette, à demi enchassée *dans la partie postéro-interne de la face supérieure du lobe droit du cervelet.* Cette tumeur communique avec une autre plus volumineuse.

Un cas de méningite syphilitique avec autopsie

MM. GILBERT BALLET et BARBE. — Les cas de méningite syphilitique avec autopsie sont relativement peu nombreux dans la littérature médicale, et c'est surtout l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien qui a été pratiqué. Selon Drouet (Thèse Paris, 1904, *La méningite aiguë syphilitique*), cette affection se traduit d'abord en clinique par de le *céphalée*, des *vertiges*, des *vomissements*, des *troubles neurasthéniques et de la fièvre;* puis apparaissent de l'*agitation*, de la somnolence, des *crises épileptiformes*, du *coma*, des *paralysies oculaires et faciales;* en même temps, on note de la *lymphocytose* avec *hypertension* du liquide céphalo-rachidien. Plus récemment, MM.. Boidin et Weil ont rapporté, dans le même ordre d'idées, un cas de méningite syphilitique secondaire aiguë (méningite précoce, préroséolique) (in *Presse Médicale*, 19 octobre 1907, n° 85). Mais le cas suivi d'autopsie, et qui nous a paru présenter le plus d'analogie avec celui que nous avons l'honneur de publier, est celui de MM. Sicard et Roussy, présenté à cette société dans la séance du 5 mai 1904 (méningite aiguë cérébro-spinale syphilitique. Evolution sept mois après le chancre, et au cours du traitement spécifique. Cytologie du liquide céphalo-rachidien. Autopsie). Histologiquement, ces auteurs trouvèrent une infiltration embryonnaire intense des espaces sous-arachnoïdiens, les vaisseaux spinaux étaient le siège de péri- ou d'endo-vascularite; il y avait de plus une oblitération presque complète de la sylvienne gauche.

Dans un cas observé par les auteurs, *l'apparition des accidents secondaires coïncida avec une méningite spécifique se traduisant par une lymphocytose.* Cette dernière ayant cédé au traitement mercuriel, il y eut ensuite apparition de nouveaux accidents méningés, suivis de mort. A l'examen des pièces, on trouva *quelques polynucléaires*, une grosse quantité de noyaux et bâtonnets dans les méninges et le système nerveux, avec des points de caséification. Il y avait de plus une *infiltration lymphocytaire très nette, avec une périvascularite très marquée.* En somme, *diffusion des lésions*, avec prédominance de celles-ci sur les vaisseaux. Ce cas nous a paru intéressant à rapporter, en ce sens qu'il est instructif aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. On sait aujourd'hui la grande analogie clinique que présentent les troubles syphilitiques avec ceux de la méningite tuberculeuse et l'on a vu, dans ces dernières années des cas que l'on eut diagnostiqués : méningite tuberculeuse, s'il n'y avait pas eu la notion antérieure d'une syphilis avérée. De ce travail, nous pensons que l'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° *La méningite syphilitique aiguë peut se manifester par des accidents précoces ou tardifs :* précoces, c'est dans le cas de notre malade; tardifs, c'est le cas d'un jeune homme de 18 ans, que l'un de nous observe en ville en ce moment; ce malade, hérédo-syphilitique, présente des accidents méningés aigus très nets que l'on serait tenté de rapporter à la méningite tuberculeuse, s'il n'y avait pas cette notion de spécificité héréditaire, jointe à l'influence thérapeutique manifeste du traitement hydrargyrique.

2° *On ne trouve généralement pas dans ces cas de lésions macroscopiques*, sauf parfois un peu d'œdème (cas de Sicard et Roussy), les lésions sont surtout microscopiques.

3° Il convient de remarquer *l'analogie des lésions histologiques* de ce cas *avec celles que l'on observe dans certaines paralysies générales au début,* il serait donc possible d'observer tous les cas intermédiaires entre une méningite syphilitique et une paralysie générale.

Lacunes de désintégration dans un système nerveux d'hérédo-syphilitique

MM. BARBE et LEVY rapportent le cas d'une jeune fille de 19 ans, considérée comme atteinte de débilité mentale, mais l'attention fut attirée sur l'existence antérieure de *petits ictus passagers;* il n'y avait aucun trouble des réflexes tendineux, ni signe d'Argyll Robertson. Une ponction lombaire montra l'existence d'une *lymphocytose légère, que* l'on put apprécier exactement, grâce à la méthode que l'un de nous a décrite, en collaboration avec M. Nageotte; il y avait ainsi une quantité de 16 lymphocytes par millimètre cube.

En présence de ces résultats, joints à des antécédents héréditaires de syphilis probable, on institua le traitement antispécifique : mais quelques jours après, la malade eut un nouvel ictus, tellement brusque et foudroyant qu'elle succomba en quelques minutes. A l'autopsie on trouve une *énorme hémorragie* siégeant à la face inférieure du cerveau, les vaisseaux de la base étaient très altérés sur la plus grande partie de leur trajet.

L'examen des différentes parties du névraxe, pratiqué par la méthode de van Gieson, le picrocarmin, et l'hématoxyline-éosine, montra qu'il ne s'agissait ni macroscopiquement, ni histologiquement de paralysie générale juvénile; mais on notait, en *un grand nombre de points, de petites cavités formant des lacunes de dimensions variables allant d'une tête d'épingle à celle d'une amande.* Ces lacunes étaient irrégulièrement réparties, et se rencontraient *aussi bien au niveau du lobe frontal que dans le cervelet et la protubérance annulaire.* Ces lacunes de désintégration cellulaire étaient bordées par un feutrage névroglique assez épais, formant comme une sorte de tissu de sclérose tout autour. Nous pensons qu'il s'agissait sans doute là de foyers de destruction correspondant à ces petits ictus que l'on retrouvait dans les antécédents de la malade; de plus, ce processus paraît avoir des analogies avec les cavités parencéphaliques que l'on observe souvent chez les idiots, et dont la cause est également une altération vasculaire.

Palilalie

M. SOUQUES a eu l'occasion de rencontrer chez plusieurs malades un *trouble particulier de la parole* consistant en la *répétition involontaire* et spontanée, deux ou plusieurs fois de suite, *d'une même phrase ou d'un même mot.* On pourrait le désigner par le terme de *palilalie* (1) (de παλιν, de nouveau; λαλια, langage). Les premiers malades n'ont pas été étudiés méthodiquement et ne m'ont laissé qu'un simple souvenir. Le dernier a été étudié en détail : il s'agit d'une femme de 59 ans, droitière, qui fut frappée brusquement, il y a 5 ans, d'un ictus apoplectique, suivi d'hémiplégie gauche. Lorsqu'elle eut repris entièrement ses sens, un quinzaine de jours après, on constata, nous dit sa fille, avec l'hémiplégie gauche, le trouble du langage en question. L'hémiplégie s'améliora progressivement et guérit à peu près complètement. Le trouble de la *parole spontanée* qui a persisté depuis lors, et qui n'existait pas auparavant, sera nettement mis en évidence par les réponses que fait la malade aux interrogations qu'on lui adresse, c'est-à-dire par le dialogue ci-dessous :

D. — Comment allez-vous ce matin ?

R. — Ça va bien, ça va bien, ça va bien.

D. — Dans quelle salle êtes-vous?

R. — Helvétius, Helvétius.

D. — Racontez-nous ce que vous faites dans la journée.

R. — Je fais rien, je fais rien, je fais rien dans la journée. Je me lève à 6 heures du matin, je me lève à 6 heures du matin; à 6 heures nous allons déjeuner.

Dans la *lecture à haute voix on ne retrouve pas cette répétition.* Tantôt cette lecture est correcte, tantôt elle est incorrecte; mais ici l'incorrection, qui tient à l'affaiblissement intellectuel, ne se traduit pas par ces redites.

La palilalie ne survient pas quand la malade récite des choses qu'elle sait par cœur: une prière (Notre Père), une chanson (le roi de Dagobert, au clair de la lune), sont récitées très correctement.

Quand on parle tout haut à côté d'elle, elle ne fait pas l'écho. Si on lui parle à elle, et si elle prête attention, il arrive quelquefois qu'elle a un peu d'écholalie, mais ce phénomène est rare.

L'écriture présente très exceptionnellement une répétition des mots. Elle est incorrecte comme celle d'une femme qui sait à peine écrire et qui présente un certain état démentiel.

Il n'y a ni aphasie ni anarthrie ou dysarthrie, ni bégaiement d'aucune espèce. Mais il existe une *diminution considérable des facultés intellectuelles :* mémoire, activité, affectivité, etc. C'est une diminution simple, sans délire.

Ce phénomène palilalique apparaît, somme toute, comme un trouble de la parole, tout *voisin de l'écholalie* (avec laquelle il peut coexister mais dont il reste distinct) *et en rapport avec un affaiblissement de l'intelligence,* rapport dont il est difficile de préciser la nature.

M. Henry MEIGE. — Le trouble du langage dont M. Souques vient de donner une excellente description a été signalé par M. Brissaud sous le nom *d'auto-écholalie*; il s'observe, en effet, assez fréquemment, à la suite d'un ictus, chez des sujets qui présentent un certain état démentiel.

M. Ernest DUPRE. — Ces répétitions ne sont en somme que *des sortes de stéréotypies du langage.* On les observe non seulement chez les déments et les sujets psychiquement affaiblis, mais on en retrouve fréquemment l'analogue dans certaines habitudes de langage chez des individus de tout âge et de toute condition.

Sur une forme apnéïque de la crise bulbaire des tabétiques

MM. GUILLAIN et LAROCHE ont observé chez un tabétique une *variété très spéciale d'accidents respiratoires* qui leur a paru mériter d'être rapportée. Chez ce malade une crise bulbaire, ayant duré environ six heures, s'est caractérisée non par de la *dyspnée*, de la *polypnée* ou du spasme glottique, mais par un *ralentissement très grand des mouvements respiratoires, une apnée presque complète.* Cette apnée fut telle que, pendant plusieurs heures, il a été nécessaire de pratiquer des excitations artificielles pour déterminer les mouvements respiratoires; si ces excitations artificielles n'étaient pas poursuivies le malade se cyanosait, tombait dans un état subcomateux, et, sans nul doute, il serait mort. Un tel tableau clinique diffère de celui des crises bulbaires ou des crises laryngées décrites par les auteurs chez les tabétiques.

Cette crise que les auteurs proposent d'appeler *la forme apnéique de la crise bulbaire des tabétiques* diffère tout à fait du vertige laryngé, des spasmes glottiques, des crises respiratoires habituellement observées chez les tabétiques. Nous ajouterons aussi que l'apnée de ce malade n'était nullement en rapport avec le rythme de Cheyne-Stokes de l'urémie.

Il paraît utile aussi d'insister sur ce fait que la *respiration artificielle* ou du moins le rappel artificiel du réflexe respiratoire spontanément déficient *permet d'attendre la fin de la crise.* Cette thérapeutique seule est capable d'empêcher la mort du malade qui, dans des cas semblables, paraît être certaine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des circonstances qui justifient ou nécessitent l'examen mental de l'inculpé

par le Dr XAVIER FRANCOTTE
Professeur à l'Université de Liège

—

(Suite)

—

On a dit que la folie est une infortune qui s'ignore. A l'instar de la plupart des axiomes qui visent les maladies mentales, celui-ci n'est pas vrai dans sa généralité. Il y a des formes de vésanies où le malade a parfaitement conscience du trouble de ses facultés et où il en souffre.

Mais, il en est d'autres où le sujet a l'illusion entière et tenace d'une santé mentale irréprochable. Que faut-il donc penser de ces « jurés qui considèrent comme preuve de responsabilité l'affirmation des accusés qu'ils ne sont pas fous : « puisque l'accusé, disent-ils, se déclare sain d'esprit, nous devons accepter sa déclaration ; puisqu'il proteste contre le soupçon de folie et repousse ainsi l'excuse qui l'absoudrait, pourquoi la justice l'admettrait-elle ? » (L. Proal) (1).

Ce qu'il faut penser de cette manière de voir, c'est, comme le dit Proal, qu'elle est absolument contredite par l'observation des aliénés : les paranoïques, en particulier, n'ont aucunement le sentiment de leur état maladif : ils protestent énergiquement dès qu'on fait mine de suspecter leur santé mentale.

On a répété à satiété que les aliénistes voient des fous partout, qu'ils découvrent des signes d'aliénation mentale dans les manifestations les plus naturelles, les plus ordinaires de l'âme humaine. Qu'un sujet amené à l'asile se révolte violemment contre son internement, ils y trouveront une preuve de folie ; qu'au contraire, il accepte son sort sans mot dire, sa résignation passera également à leurs yeux pour un signe d'insanité.

Tout cela, c'est de la médisance. L'aliéniste qui se respecte se gardera bien de fonder le diagnostic de folie sur la manière dont le sujet réagit à l'internement. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a une

---

(1) L. PROAL. *Le crime et le suicide passionnels*. Paris, Germer Baillière, 1900 , 617.

mesure à garder : *est modus in rebus*; la rébellion furieuse et la résignation passive en sont également éloignées.

De même, en fait de remords après le crime, quand il n'y en a pas ou quand il y en a trop, ce peut être une raison de penser que le délinquant est en dehors de la normalité.

On entend quelquefois, dit Proal, le Ministère public présenter comme preuve de perversité, l'absence de regrets, de remords chez l'accusé. Cette insensibilité morale n'est pas toujours une preuve de perversité ; elle est quelquefois l'effet d'un endurcissement criminel ; mais, souvent aussi, elle est le signe d'une maladie mentale (1).

Comment voulez-vous que le sujet aie des regrets s'il a agi sous l'influence d'une idée délirante, d'une hallucination impérative ? Ce persécuté (2) qui a tué trois personnes et blessé une quatrième, continue, après bien des années, à témoigner la même haine tenace contre ses victimes : il n'a fait que céder et obéir à la voix des esprits qui venaient le tourmenter.

Cet autre (3) a assassiné à coups de revolver, un de ses chefs dont il croyait avoir à se plaindre : il parle avec le plus grand sang-froid et sans le moindre remords de son meurtre qu'il considère comme un acte de justice, de légitime défense.

La maladie — la dégénérescence particulièrement — comporte chez certains, le défaut du sens moral ou son développement rudimentaire. L'individu privé du sens moral sera incapable de repentir sérieux, d'amendement véritable.

Et, d'un autre côté, les excès du remords, ce que j'appellerai les aberrations du remords, sont également significatifs de trouble mental.

L'aberration du remords se rencontre, entre autres, chez les mélancoliques : elle engendre l'*auto-accusation* ou *auto-dénonciation* (4). Avec mon confrère, le D[r] Ranwez, de Namur, j'ai eu à examiner un homme de 30 ans, qui s'était rendu à la gendarmerie pour s'accuser d'incendie volontaire et d'actes immoraux sur une fillette de 8 1/2 ans que sa femme a d'un premier mariage. Il était exact que sa maison avait été la proie des flammes quelque temps auparavant ; mais rien n'indique que ce fut par sa faute. La Société d'assurances avait déjà acquitté la prime.

Requis d'examiner la fillette, le D[r] Ranwez ne constate pas de traces de violences, ni d'attentat à la pudeur. Il est frappé de l'étran-

---

(1) PROAL. *Op. cit.*, p 617.

(2) Observation de PACTET et COLIN. *Les aliénés dans les prisons*, p. 52.

(3) Observation de PACTET et COLIN. *Les aliénésdevant la justice*, p. 129.

(4) Voir le rapport du D[r] Dupré au Congrès des aliénistes et neurologistes de Grenoble : *Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal.*

geté des aveux si détaillés du sujet, de l'indignation qu'il exprime contre lui-même, des châtiments qu'il réclame.

M. Ranwez fait part de ses doutes au juge d'instruction qui ordonne l'examen mental. Nous reconnaissons chez le détenu un état de débilité mentale originaire, un certain degré d'alcoolisme et surtout une mélancolie évidente. Sans pouvoir nous prononcer catégoriquement sur la réalité des faits dont il s'accuse, nous déclarons que l'auto-accusation est, en tout cas, anormale, parce qu'elle s'est produite sans sollicitation extérieure, sous l'influence de conditions manifestement pathologiques.

Sur notre rapport, le sujet est déclaré irresponsable et placé dans un asile d'aliénés.

Il y aurait à signaler encore bien des circonstances fournies par l'état actuel qui sont de nature à justifier l'expertise psychiatrique. Je me borne à en citer quelques-unes, comme l'état de grossesse, l'état puerpéral qui favorisent l'éclosion de psychoses; l'existence d'une névrose: chorée, épilepsie, hystérie qui s'accompagnent fréquemment de perturbations psychiques.

Il ne faudra même pas dédaigner tout à fait le facies. Sans doute, on a bien exagéré la valeur des stigmates physiques de la dégénérescence, c'est-à-dire des malformations, des troubles fonctionnels comme le bégaiement, les tics.

Les stigmates ne suffisent pas à déceler la dégénérescence, la folie: ils doivent, du moins, solliciter l'attention de ce côté.

IV

Caractères de l'acte incriminé

La présomption de folie peut naître enfin de la considération de l'acte incriminé.

Il est des actes qui portent la marque démentielle, c'est-à-dire qui dénotent manifestement l'indigence intellectuelle. Tels sont ceux des individus affectés de cette maladie si fréquente, si redoutable que l'on appelle *la paralysie générale* ou *folie paralytique* et dont le caractère primordial, essentiel est la déchéance progressive des facultés psychiques, particulièrement de la mémoire et de l'intelligence.

Surtout au début de l'affection, dans certaines formes, le sujet est fort enclin à commettre des infractions de toutes sortes: aussi appelle-t-on cette période de début *la période médico-légale*. Les infractions revêtent un caractère frappant d'ineptie: le malade les exécute sans prendre aucune précaution, sans poursuivre aucun objectif déterminé.

En juin 1903, je reçois mission d'examiner un sieur Joseph X...,

âgé de 28 ans, inculpé de vol. Il a des antécédents judiciaires. Il a purgé sa dernière condamnation, encourue pour coups et rébellion, du 1r février au 16 mars de la même année.

Les vols qu'il a commis sont très multipliés. Mais ce sont des riens, des inutilités qu'il a dérobés. On a trouvé dans son grenier un amas hétéroclite d'objets disparates, provenant de sources variées: deux petits cadres, un marteau d'enfant, deux mètres à 5 centimes enlevés au Bazar, un pantalon de travail tout délabré, deux vieux couteaux, une lampe de terrassier, des fragments de cuir, une meule en grès, un veston imperméable, un panier à pigeon qu'il a rapporté un jour, disant qu'il avait obtenu un prix important, etc.

Je constate chez lui les signes physiques indubitables d'une paralysie générale, notamment le trouble de la parole si caractéristique de l'affection et du côté mental, une faiblesse déjà assez marquée de la mémoire et de l'intelligence qui a, d'ailleurs, échappé — comme il arrive si souvent — à son entourage fort fruste et fort inculte. Ce que celui-ci a remarqué, c'est l'altération du caractère. On me signale que le sujet est devenu brutal, grossier.

Le doute n'est pas possible; je conclus à l'existence d'une paralysie générale, en faisant observer que les vols multiples, d'objets disparates ,de peu de valeur, inutilisables ou inutilisés auxquels N... s'est livré concordent bien avec mon diagnostic, qu'il est d'expérience qu'ils se présentent fréquemment, sous les mêmes traits, au début de la paralysie générale.

N. a été séquestré à l'asile de Volière où sa maladie a évolué assez rapidement: il a succombé le 26 août 1905. L'autopsie a pleinement confirmé le diagnostic.

Il n'est pas douteux que la maladie existait déjà au mois de février lorsque N... a subi sa peine. Interpellés par moi, les parents déclarent que, depuis un an et demi déjà, ils ont remarqué que leur fils « bégayaient » et au mois d'avril, au sortir de la prison, le médecin d'une société de secours mutuels, frappé de l'air hébété du sujet et des désordres de son articulation, lui refuse l'admission dans la société.

La paralysie générale est une des maladies qui prêtent le plus souvent à des erreurs devant les tribunaux. Magnan et Sérieux (1) rapportent que de 1885 à 1890, 76 paralytiques généraux ont été transférés de la prison à l'asile Sainte-Anne peu de temps, parfois quelques jours après leur comparution devant les tribunaux et leur condamnation.

Voulez-vous d'autres exemples d'actes en quelque sorte pathognomoniques de la démence, de la paralysie générale? Un malade

(1) MAGNAN et SÉRIEUX. *La paralysie générale.* Paris, p. 175.

qui haïssait le chirurgien en chef de l'hôpital, raconte Darde (1), s'arme d'un poignard et d'une épée et demande tranquillement à deux agents de la sûreté l'adresse du chirurgien pour aller le tuer.

Un paralytique général s'empare sous les yeux même du marchand, du revolver que celui-ci ne veut pas lui vendre; un autre s'adresse à des sergents de ville pour qu'ils l'aident à dérober une pièce de vin (2).

Leur pauvreté intellectuelle se montre aussi dans les tentatives de suicide auxquelles ils se livrent parfois. Tantôt ils essaient de s'étrangler en serrant leur cou avec une cravate devant tout le monde; tantôt ils allument un réchaud dans leur chambre et couchés sur leur lit, ils se lèveront pour ouvrir la fenêtre parce que la fumée noircirait leurs rideaux (Bra) (3).

* * *

D'autres infractions se révèlent sous les dehors de L'ACTE ACCOMPLI EN SUITE D'UNE IMPULSION DITE IRRÉSISTIBLE AVEC CONSCIENCE.

Une observation recueillie dans mon service clinique de l'asile de Volière vous permettra, sans doute, de vous faire une idée du trouble dont il s'agit.

Alphonse L..., âgé de 50 ans, est un ouvrier graveur sur métaux, capable et estimé. Il entre à l'asile le 14 mars 1894. Il est grevé de tares héréditaires psychopathiques.

Il expose que vers l'âge de 16 ans, il a été fort impressionné en entendant raconter par sa tante le fait qu'un garçon avait tué son père. Depuis lors, il lui a toujours semblé qu'il allait faire la même chose.

« C'est toujours l'idée de faire mal, d'être pris d'une envie de me jeter sur quelqu'un et de l'étrangler qui me poursuit... J'ai déjà songé à me jeter sur ma femme, sur mes enfants. » Une fois, entre autres, se trouvant auprès de son aînée qui était occupée à coudre, il eut cette pensée : « quand tu auras encore fait un point, je devrai te tuer. »

Peu de temps avant son admission à l'asile, entrant dans un café à Herstal, l'idée lui prend de se jeter sur la femme qui se servait; il a fallu qu'il sorte.

Le sujet s'étonne de ses envies criminelles; il les déplore, il en souffre : « C'est bien drôle, moi qui ne suis pas méchant et qui n'ai jamais voulu faire mal à personne... Toujours penser à tuer! Je voudrais si bien que ces idées s'en aillent. »

---

(1) DARDE. *Du délire des actes dans la paralysie générale.* Paris. 1872.

(2) MAGNAN et SÉRIEUX. *Loc. cit.*, p. 180.

(3) BRA. *Manuel des maladies mentales*, p. 184.

Lorsque l'impulsion est vive, il éprouve de l'étranglement à la gorge, il tremble comme une feuille, il a des claquements des mâchoires.

Il n'a jamais succombé à la tentation, mais, dans la crainte d'y céder, il a lui-même demandé à entrer à l'asile. Il est si tourmenté et si agité qu'il a dû renoncer au travail.

A côté de l'impulsion homicide, il a d'autres obsessions ou phobies, mais beaucoup moins troublantes.

Dans les premiers temps de son séjour à Volière, il a encore été assez fortement harcelé par l'envie homicide. Un jour, entre autres, voyant dans le préau un enfant, il avait formé cette idée : « Quand il aura encore fait un pas, je l'étranglerai. »

Certaine nuit, il a lui-même sollicité l'application des menottes. Une autre fois, il s'est emparé de son vase de nuit et l'a lancé contre un de ses compagnons de dortoir. Le lendemain, il nous disait : « le malade auquel j'ai jeté le vase est un bon garçon, meilleur que moi. Je ne sais pas pourquoi depuis plusieurs jours, je pensais à le tuer. » De fait, il ne l'avait pas même atteint.

Peu à peu s'est fait l'apaisement et le 23 juillet 1894, il était en état de sortir.

Il a repris son travail et ne l'a plus abandonné depuis lors. Cependant il a, parfois encore, des obsessions, des impulsions, mais il n'en est plus guère incommodé.

De cette esquisse, se dégagent les caractères que présentera l'infraction commise sous l'empire d'une impulsion irrésistible avec conscience.

L'acte aura été posé en pleine lucidité, sans motif, sous l'influence d'une sorte de besoin, de poussée intérieure. L'individu s'est regimbé contre l'idée d'une action que réprouvent sa raison et son sens moral : il a résisté. Cette résistance s'est accompagnée de diverses manifestations somatiques : tremblements, palpitations, sueurs, etc. Enfin, le malade a capitulé et s'il est sincère, il déclarera que, sur le moment même, l'accomplissement de l'acte a provoqué une détente, un soulagement, une satisfaction.

L'impulsion a des objets divers. Elle provoque au meurtre : ainsi en était-il chez mon malade.

Morel rapporte le cas d'un homme de 40 ans qui, en rougissant et avec l'accent du désespoir, vint lui déclarer que « depuis deux nuits, il était obsédé de l'idée d'étrangler sa femme qui dormait à côté de lui ; il se relevait cent fois pour ne pas succomber à cette tentation infernale », comme il l'appelait.

Une femme de 30 ans, raconte Magnan (1), longtemps en proie

---

(1) MAGNAN. *L'obsession criminelle morbide.* Rapport au 3e Congrès d'anthropologie criminelle tenu à Bruxelles en 1892.

à la crainte de la rage et à la peur d'être assassinée, est vivement émue par le crime de Pranzini et depuis lors, est poursuivie par l'idée des trois cadavres à la gorge ouverte. Cette image vient à chaque instant à son esprit et peu à peu, elle est obsédée par l'idée de couper le cou à son mari et à son fils. Elle se débat, dit-elle, elle se raidit et s'insurge contre *cette horreur* qui devient bientôt plus pressante. Elle est prise alors d'une angoisse inexprimable, elle suffoque, son cou est serré comme par une main de fer, ses yeux se troublent, son cœur bat avec violence. Elle résiste encore, mais sa main qui, parfois, saisit malgré elle, le couteau, s'abat avec force et le brise sur un meuble. Il y a alors un soulagement, une détente.

Mais c'est à tort que l'on donne la qualification d'irrésistible à tous les cas d'impulsion de l'espèce indistinctement. Dans les exemples que je viens de relater, les malades ont réussi à triompher : du moins, n'ont-ils pas satisfait leur envie homicide.

Mairet (1), analysant des faits personnels et des observations de Magnan, Esquirol, Pinel et autres, montre fort bien que dans l'impulsion pure avec lutte, malgré la tyrannie de l'impulsion, malgré la difficulté de la lutte, l'impulsif est suffisamment armé pour sortir victorieux de cette lutte.

L'existence de l'impulsion avec conscience sera un motif d'indulgence : elle ne pourrait constituer une cause d'exonération que si elle se rencontrait concurremment avec de l'insuffisance psychique.

C'est le vol qui est, dans d'autres cas, l'objet de l'impulsion : il s'agit alors de la *cleptomanie*.

On a cité plusieurs hommes célèbres qui, sous l'influence de ce que l'on appelait par euphémisme, leurs distractions, dérobaient régulièrement des objets d'art, des couverts d'argent que leurs domestiques étaient chargés de rapporter ensuite (Pitres et Régis) (2).

Un médecin des plus célèbres avait la manie de dérober chez les malades qu'il visitait quelques menus objets qu'il emportait chez lui. On connaissait si bien cette manie qu'on plaçait tout exprès des choses de peu de valeur à sa portée (3).

Un autre médecin — décidément, il faut se défier des hommes de l'art, — un autre médecin ne peut s'empêcher de soustraire la montre du client pendue au chevet du lit ou placée sur la table de nuit (Magnan) (4).

Il faut bien, au risque de dissiper des illusions qui doivent être chères aux défenseurs de la veuve et de l'orphelin, il faut bien

---

(1) MAIRET. *La responsabilité. Etude psycho-physiologique.* Montpellier et Paris, 1907.

(2) PITRES et RÉGIS. *Les obsessions et les impulsions.* Paris, Doin.

(3) LA CHRONIQUE MÉDICALE 1899, p. 725.

(4) *Rapport au Congrès d'anthropol. crim. de Bruxelles.*

bien constater que la cleptomanie, la vraie cleptomanie est rare devant les tribunaux. Je n'en ai pas rencontré jusqu'ici un seul exemple dans ma carrière de médecin légiste qui comporte plus de 350 expertises en matière pénale.

J'ai rencontré, en dehors de la pratique médico-légale, des cleptomanes, des cleptophobes, c'est-à-dire des gens qui se sentaient poussés à voler et que cette envie inquiétait, mais qui n'avaient jamais cédé à cette envie. Cela tend également à démontrer que l'empire de l'impulsion consciente n'est pas aussi souverain que certains se plaisent à le dire.

Une autre forme de l'impulsion consciente, est la *pyromanie* ou idée obsédante du feu suivie de l'impulsion à l'incendie.

De cette forme, Magnan (1) fournit le spécimen que voici. Un dégénéré de 55 ans qui avait déjà été en proie à diverses obsessions (vol, suicide, homicide) avait été également obsédé par l'idée de mettre le feu. Un jour, sans nul motif, il saisit le chandelier et malgré tous ses efforts pour résister, il approche la flamme de plusieurs pièces de linge suspendues dans la chambre et provoque ainsi un commencement d'incendie. La vue des flammes amène une détente et aussitôt il s'empressa d'aider à éteindre le feu.

Personnellement, je n'ai pas rencontré jusqu'à présent d'inculpé d'incendie qui ait agi sous l'action d'une impulsion avec conscience.

Il faut se garder de croire qu'en dehors des impulsifs conscients, il n'y ait pas de voleurs pathologiques ou semi-pathologiques, des incendiaires aliénés.

Dans la classe des voleuses à l'étalage figurent assez bien de débiles, de déséquilibrées chez lesquelles la tentation — organisée comme elle l'est par le commerce de nos jours — agit avec une intensité anormale et chez lesquelles le frein de la raison, de la réflexion ne fonctionne qu'insuffisamment. J'ai eu affaire à maints cas de l'espèce.

D'autre part, l'incendie est souvent l'œuvre d'imbéciles ou d'idiots. Tel est le cas de ce garçon de 16 ans, P. Nicolas atteint d'imbécillité manifeste qui incendie une meule de foin et qui ne sait donner d'autre explication que celle-ci : « c'était pour faire un feu. » Sans doute, il avait voulu se procurer le spectacle d'une belle flambée.

* * *

La caractéristique des actes accomplis par impulsion irrésistible avec conscience, c'est comme l'étiquette l'indique, l'entière lucidité du sujet.

---

(1) *Rapport au Congrès de Bruxelles.* 1892.

Par contre, les actes commis SOUS L'INFLUENCE D'UN ACCÈS ÉPILEPTIQUE se signalent par l'inconscience totale et ils ne laissent aucune trace dans la mémoire. De plus, ils sont soudains, inattendus, non motivés, souvent d'une violence exceptionnelle, se répétant, d'ordinaire, d'une façon stéréotypée.

Christian (1) en donne les deux exemples suivants.

R. est foudroyé par une attaque; un de ses camarades s'approche et veut lui venir en aide. Au même instant, R. saisit son vase de nuit et le brisa sur la tête de celui qui venait à son secours. Pareil fait s'est déjà produit plusieurs fois.

La femme L..., âgée de 50 ans, épileptique depuis l'âge de 8 ans, avait eu, dans ces derniers temps, des attaques plus fréquentes et plus fortes. Elle avait pris chez elle une de ses parentes qui devait la soigner et elle la faisait coucher dans sa chambre. Une nuit, après une crise, elle prit son vase de nuit et en asséna un coup tellement violent sur la tête de sa compagne qu'elle l'étendit à ses pieds grièvement blessée et évanouie.

Un garçon crèmier observé par Legrand du Saulle (2), tue son meilleur camarade rue St-Roch, à Paris et lorsque le médecin l'interroge, il ne se souvient de rien, demande où il est, ignore ce qui s'est passé et ne se rend compte de rien; il réclame la visite de son camarade et lui écrit une lettre très affectueuse. Il est tellement troublé et malade qu'on arrive à lui cacher longtemps le meurtre dont il est l'auteur.

Un ouvrier épileptique dont parle Tardieu (3), dans une rue qu'il traverse en mangeant, plonge le couteau dont il se sert dans le ventre d'un passant et sans se douter de rien, continue son chemin et achève son repas.

L'épilepsie n'engendre pas seulement des faits de violence; elle peut donner lieu à des outrages aux mœurs, à des exhibitions qui présentent les mêmes caractères d'inconscience, d'amnésie, d'imprévu, de répétition stéréotypée.

Le Président d'un tribunal de province, au dire de Trousseau, était affecté d'accidents nerveux épileptiques, sans être jamais tombé du haut mal. Un jour, au milieu d'une audience qu'il tenait, il se lève en marmottant entre les dents quelques mots inintelligibles; il passe dans la salle du Conseil; puis, rentre en séance quelques secondes après, sans savoir ce qu'il vient de faire, si bien que ses collègues lui ayant demandé où il était allé, il ne comprend pas ce qu'ils veulent dire et n'a nul souvenir de s'être absenté. A quelques

---

(1) CHRISTIAN. *Epilepsie, folie épileptique.* Paris, 1890, p. 109.

(2) LEGRAND DU SAULLE. *Traité de médecine légale.* Paris, 1866, p. 822.

(3) TARDIEU. *Etude médico-légale sur la folie.* Paris, 1872, p. 172.

temps de là,la même chose lui étant encore arrivée, l'huissier fut chargé de le suivre ; il le vit pisser dans la chambre du Conseil, puis reboutonner sa culotte et rentrer à l'audience, ne se doutant pas plus que la première fois, de son incongruité. Cependant, il s'apercevait bien que quelques minutes après ses accès, ses facultés étaient un peu troublées.

Sans doute, ainsi que le remarque Parant (1), il ne s'agit point, à proprement parler, d'un outrage public à la pudeur ; mais, le malade aurait tout aussi bien pu faire *coram populo* ce qu'il est allé faire loin de tout regard et l'outrage eût été constitué.

Sur 99 expertises dont j'ai été chargé dans des affaires contre les mœurs, trois seulement concernaient des femmes et sur ces trois femmes, il y en avait deux épileptiques qui, indubitablement, avaient agi sous l'empire de leur maladie.

La première, qui avait fait déjà des fugues de nature comitiale, est trouvée errant dans la commune, escortée d'une troupe d'enfants, vêtue seulement d'une chemise qu'elle relevait à chaque instant.

La seconde, faible d'esprit, est arrêtée sur la voie publique parce que, criant, vociférant, l'air égaré, elle soulevait ses jupes et exhibait ses parties à tout venant.

* * *

Les déséquilibrés, les hystériques ont une manière à eux de poser des actes délictueux. Régis caractérise ceux-ci de la manière suivante : « Ils ont un cachet étrange, mystérieux, romanesque, tenant à la fois du drame, de la féerie et du feuilleton ; ce sont des inventions incroyables, des tromperies sans égales, des habiletés, des duplicités consommées, des lettres anonymes, des soupçons portés sur des tiers, des révélations de la tombe ou du ciel, etc., etc. Et avec cela, parfois, des imprévoyances grossières et naïves (2). »

Le fait suivant servira — par certains traits du moins — de démonstration à l'appui du tableau tracé par Régis. Au mois de juin 1899, des lettres et des cartes diffamatoires les unes anonymes, les autres signées de différents noms étaient adressées à un curé de la ville, à ses deux vicaires et à des dames très honorables de la paroisse.

Les envois se continuèrent ainsi pendant plus d'un an. On arriva à réunir 147 écrits, tous de la même main : simplement grivois d'abord, ils devinrent peu à peu grossièrement obscènes, franchement pornographiques, avec, en plus, des raffinements inouïs de méchanceté.

---

(1) Parant. *Des impulsions irrésistibles des épileptiques. Rapport au Congrès des aliénistes et neurhlogistes, tenu à Bordeaux en 1895.*

(2) E. Régis. *Précis de Psychiatrie.* Paris, Doin, 1906.

On finit par mettre la main sur une jeune fille, Aline L. Pour détourner les soupçons, elle s'adressait des cartes à elle-même, mais, d'autre part, ne songeait pas à déguiser son écriture. Ce n'est pas la seule précaution qu'elle négligea.

On la découvrit parce que, dans les lettres, il était fait allusion à des faits qu'elle seule vraisemblablement connaissait. De plus, un des prêtres victime de ses calomnies, se rendant un jour chez un paroissien malade, remarqua que de la fenêtre de la chambre où il se trouvait, on voyait parfaitement des personnes entrer à l'église et même des personnes circulant à l'intérieur. La maison de la prévenue était tout à côté et la situation était la même: les écrits incriminés consignaient fréquemment les allées et venues des membres du clergé et de certaines paroissiennes.

Plainte fut déposée et des perquisitions eurent lieu. Elles firent découvrir un agenda dont un certain nombre de pages étaient arrachées: le papier, le format étaient identiques à ceux des dernières lettres.

A la demande des défenseurs, le Juge d'instruction nous commit, mes confrères Bidlot, L'Hoest et moi, à l'effet de procéder à l'examen mental de la prévenue.

Celle-ci présentait des stigmates physiques évidents d'hystérie et les particularités de caractère que l'on a coutume d'appeler le caractère hystérique: jalousie, coquetterie, érotisme, inconscience. « Je regrette sincèrement d'avoir écrit tout cela! Je ne sais pas ce qui m'y a poussée; à la fin, j'y prenais un véritable plaisir. En tout cas, je ne croyais pas faire mal. » Voilà tout ce qu'elle trouva à dire pour expliquer cette ignoble correspondance dont le spécimen suivant ne pourra donner qu'une très faible idée, car je le choisis parmi les pièces relativement décentes.

C'est une *carte postale* du 19 mars, adressée au vicaire de la paroisse:

« Tu auras bien sur retrouver ma jarretière dans ton lit. Aussitôt que j'ai quitté de chez toi je m'en suis aperçue. Donc mon cher... Je t'attends pour passer la soirée avec ta chère Aline et soit mieux disposé que la nuit passée.

Je finis en t'embrassant bien tendrement ton amie qui t'aime pour toujours

ALINE.

Reçois de loing un doux baiser ».

Est-ce tromperie délibérée, est-ce illusion de la mémoire? Le fait est que les déséquilibrés, les hystériques savant imaginer de toutes pièces les aventures les plus fantastiques, les contes les plus roma-

nesques et les narrer avec l'accent de la plus entière conviction. (1)

Morache (2) reproduit l'histoire d'une jeune hystérique qui, un jour, disparaît, sans laisser aucune trace. Huit jours après, elle revient : elle a été enlevée par des messieurs « très distingués » qui l'ont entraînée dans un château merveilleux où elle a été l'objet des soins les plus délicats. Seulement, tous les soirs survenait un personnage dont elle décrit, avec précision, la physionomie bien connue; le mystérieux étranger attentait régulièrement à sa vertu, laquelle ne peut être aujourd'hui qu'un souvenir. Plainte est faite au parquet: une instruction commence; puis, un beau jour, survient de la campagne une dame qui, très simplement, raconte la visite et le séjour que la jeune fille, camarade de classe avec la sienne, a faits chez elle. On commence à entrevoir la vérité et l'on ne peut plus conserver de doutes, car la jeune fille, si régulièrement violée chaque soir, est absolument vierge.

* * *

Il y a un ensemble d'actes qui sont de nature à éveiller des doutes sur l'intégrité mentale de celui qui lee commet. Ce sont LES FAITS DE DÉVIATION GÉNÉSIQUE. Parmi ces faits, les plus caractérisés sont ceux que l'on range sous les rubriques suivantes:

Homosexualité,
Fétichisme,
Masochisme,
Sadisme,
Bestialité ou Sodomie,
Nécrophilie.

L'homosexualité consiste dans ce fait que l'individu n'éprouve aucune tendance vers le sexe contraire; bien plus, il ressent de la répulsion à son égard, tandis qu'il a une inclination sensuelle vers le sexe de même nom.

L'homosexualité chez l'homme s'appelle encore l'uranisme: au dire de Platon, Uranus était homosexuel. Chez la femme, l'inversion du sens génésique est aussi désignée sous le nom de tribadisme ou d'amour lesbien. On prétend que l'amour entre femmes était répandu dans l'île de Lesbos.

---

(1) DELBRÜCK (*Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler*. Enke, Stuttgart 1891) propose pour ce symptôme la dénomination de *pseudologia phantastica* En français, le terme de *mythomanie* tend à prévaloir.

(2) MORACHE. *Le mariage, étude de socio-biologie et de médecine légale*. Paris, Alcan 1902 p. 232.

Dans notre pays, pas plus qu'en France, les actes d'homosexualité commis sans violences, sur des adultes ne tombent sous l'application du Code pénal. Il en va autrement en Allemagne où la loi punit les actes d'homosexualité masculine et en Autriche, où elle sévit, en outre, contre les actes d'homosexualité féminine. Il y a d'ailleurs, en Allemagne un mouvement qui a pour objet l'abrogation du § 175 du Code pénal (*Strafgezetzbuch*) (1). Des juristes, des aliénistes y participent, émus et scandalisés qu'ils sont, du chantage odieux auquel cet article donne ouverture.

L'homosexualité n'est qu'une tendance. On peut être un inverti, sans avoir jamais commis d'actes d'homosexualité (2). Et d'autre part, l'homosexualité n'est pas toujours d'origine morbide : elle peut être vice, perversité. Elle n'est pas toujours constitutionnelle : elle peut être acquise.

Selon l'avis de Laupts (3), Oscar Wilde, le romancier et dramaturge anglais, l'auteur de *Salomé,* serait un spécimen d'inverti par vice.

Le 3 avril 1895, Wilde dépose une plainte contre le marquis de Queensberry du chef de diffamation. Il reproche au marquis d'avoir laissé au Club une carte portant des mots injurieux à son égard, l'accusant d'avoir ou d'afficher des mœurs inavouables.

Au cours du procès se produisent des révélations si accablantes contre Wilde qu'il se voit forcé de retirer sa plainte. Aussitôt arrêté, il est traduit le 11 avril devant la Cour d'assises. Les jurés n'arrivèrent pas à s'entendre : trois d'entre eux refusèrent un verdict de culpabilité. Or, la loi anglaise exige l'unanimité des voix. Wilde est renvoyé devant un autre jury qui le condamne au maximum de la peine, soit trois ans de travaux forcés.

Dans l'espèce — c'est l'avis fortement motivé de Laupts — « il ne s'agit pas d'un inverti-né, d'un homosexuel pathologique, mais d'un individu ayant mené une existence normale, marié ,père de famille qui, sous l'influence de mauvais conseils, d'habitudes pernicieuses communiquées par des amis tarés, s'est trouvé entraîné vers des êtres de son sexe, mais vers des êtres plus jeunes, moins forts, plus femme d'aspect ou d'habitude que lui.»

Le fétichisme, suivant la définition de Paul Garnier, est l'anomalie de l'instinct sexuel conférant tantôt à un objet de la toilette fémi-

---

(1) Ce paragraphe 175 vise les actes homosexuels.

(2) Cette proposition que j'énonçais dernièrement devant un tribunal a provoqué l'étonnement, le scepticisme d'un avocat des plus distingués qui se trouvait à la barre. Elle ressort nettement de la définition de l'homosexualité.

(3) LAUPTS. *Perversion et perversité sexuelles* Paris, 1896.

nine ou à des vêtements masculins, tantôt enfin à une partie du corps de l'un ou de l'autre sexe, le pouvoir exclusif d'éveiller les sensations amoureuses et de produire l'orgasme voluptueux (1). »

Il y a des fétichistes des cheveux, de la main, du pied; du mouchoir, des étoffes, des fourrures, des chaussures vernies, etc.

Charcot et Magnan ont cité le cas d'un déséquilibré qui, dès l'âge de 5 ans, éprouva de l'excitation génésique avec érection à la vue d'un compagnon de lit coiffé d'un bonnet de nuit. Dès lors, la vue et surtout le contact d'un bonnet de nuit devient l'excitant et l'excitant unique de l'orgasme vénérien (2).

Un autre détraqué n'a d'affinité sexuelle que pour les clous de soulier de femme et son obsession le pousse aux plus singulières extravagances. Il cherche à voir les clous de bottine de femme; il examine avec soin leur trace sur la neige ou sur la terre humide; il écoute le bruit qu'ils font sur le pavé de la rue; il trouve un plaisir ardent à répéter les mots qui sont destinés à aviver l'image de ces objets; ainsi, il se complait dans l'expression « ferrer une femme. » (Charcot et Magnan [3]).

Les fétichistes sont des malades honteux. Garnier en a rencontré plusieurs qui avaient préféré se laisser condamner à plusieurs reprises, sous de fauses inculpations plutôt que de dévoiler leur infirmité morale. « Il convient donc que l'attention du magistrat et du médecin soit en éveil à propos de certaines délits déjà singuliers par leur nature. Leur ordinaire répétition, loin de faire croire à un vice enraciné, amènera à se demander si, sous les apparences d'une perversité obstinée, ne se cache pas une obsession morbide que des pénalités ne sauraient amender. » (Garnier) (4).

Le *sadisme* est une perversion génésique en suite de laquelle le sujet éprouve une jouissance d'ordre sexuel à être témoin ou à provoquer des souffrances, à déterminer des blessures, parfois la mort. Elle doit son nom au marquis de Sade qui fut célèbre par ses cruautés érotiques envers des garçons et des jeunes filles.

On distingue le grand sadisme et le petit sadisme.

Du premier, le Sire de Reys fournit un exemple très connu. Le Sire de Reys, Gilles de Laval, a violé et tué un nombre considérable d'enfants parmi lesquels beaucoup de garçons. Il fut condamné et

---

(1) Paul Garnier. *Les fétiches pervertis et invertis sexuels.* Paris, 1896.

Chevalier réserve le nom d'*amour fétichique* à celui qui est lié é une partie du corps : il appelle *amour azoophilique* celui qui est lié aux objets. V. Laurent. *L'amour morbide*, Paris 1891, p. 155.

(2) *Archives de Neurologie*, 1882.

(3) *Loco citato.*

(4) *Oper cit.*, p. 180.

mourut sur le bûcher en 1440. De Reys prétendit qu'il avait été amené à ces atrocités par la lecture de Suétone qui décrit la perversion sexuelle des empereurs romains (1).

Dans le petit sadisme, les violences corporelles sont moins graves : elles consistent dans la morsure, dans la flagellation, etc.

Une catégorie spéciale de sadiques est formée par *les piqueurs de filles* qui s'attaquent régulièrement aux mêmes parties : piqueurs de fesses, piqueurs de jambes, piqueurs de doigts, piqueurs de bras, etc.

Avec mon confrère, M. Bidlot, j'ai eu à procéder à une expertise dans un cas de l'espèce.

Le dimanche 2 novembre 1903, vers 17 heures, une jeune fille de 20 ans, Louise B..., est croisée par un homme qui, revenant sur ses pas, l'aborde en lui demandant « s'il fesait beau par là et s'il y avait un train » ; elle répond : « oui, oui », veut se sauver et reçoit un coup de couteau dans le dos entre la colonne vertébrale et l'*omoplate* droite.

Le dimanche 30 novembre 1903, vers 16 heures, une jeune fille de 20 ans, Sylvie D..., est accostée par le même homme qui lui demande « s'il n'y a pas un chemin de fer », puis s'étant éloigné, revient sur ses pas et lui porte un coup de poignard dans le dos, au niveau de l'*omoplate* gauche.

Ce même jour, vers 17 heures, une jeune fille de 19 ans, Louise H., est rejointe par le même inconnu qui lui demande la route pour Seraing et qui, au moment où la jeune fille le lui indique, lui porte un coup de couteau, dans le dos,en dedans de l'*omoplate* gauche.

Ces faits si singuliers, d'allure si monotone frappent le Juge d'instruction qui, avant toute arrestation, nous pose la question de savoir s'ils ne portent pas en eux-mêmes un caractère pathologique.

Nous formulons ainsi notre réponse : « L'absence de mobile constaté ou admissible, la répétition de l'acte dans les conditions identiques donnent à ces faits toutes les apparences d'un phénomène pathologique. L'espèce de trouble qu'il nous paraît plausible d'admettre c'est une impulsion génésique se rattachant au Sadisme. »

Le commissaire de police, lui aussi, en signalant le second attentat, émet le soupçon d'un trouble mental. « Ces actes, écrivait-il, sont l'œuvre d'un fou ou d'un Vacher quelconque ». Puis, s'abandonnant à ses inspirations grandiloquentes, il ajoutait : « La police et la gendarmerie font des recherches afin de découvrir ce vautour qui a semé la terreur dans le quartier des...... »

Le vautour finit par être capturé. Il se présenta à nous sous les apparences d'un ouvrier houilleur de 28 ans, pauvre hère, chétif de

---

(1) Voir MOLL. *Les perversions de l'instinct génital*, p. 176.

corps et d'esprit auquel nous ne pûmes reconnaître qu'une responsabilité très limitée.

Il a toujours nié la prévention malgré les charges très accablantes qui pesaient sur lui. Il a été séquestré à l'asile de l'Etat à Tournai.

Le masochisme est, à certains égards, la contre-partie du sadisme (1). Il consiste dans une jouissance d'ordre génésique, que le sujet éprouve à être humilié, maltraité par l'être aimé. Cette aberration a été décrite par le célèbre romancier hongrois Sacher-Masoch, notamment dans son roman : « La Vénus en fourrure. (2) »

Les mémoires que sa femme vient de publier confirment pleinement le sentiment des lecteurs, à savoir que ces aberrations si minutieusement observées, si amoureusement décrites avaient été vécues, que l'écrivain était lui-même affecté de la déviation sexuelle à laquelle on a donné son nom.

Les termes de *bestialité ou sodomie* se comprennent d'eux-mêmes.

Quant à *la nécrophilie*, c'est une perversion rare en suite de laquelle le sujet recherche des cadavres pour les violer.

En 1848, on constata à plusieurs reprises, au cimetière Montparnasse, que les tombes récemment creusées avaient été profanées. Malgré les précautions qui furent immédiatement prises, ces attentats se renouvelèrent un assez long temps ; à la fin, on parvint à surprendre le coupable. C'était un sergent, nommé Bertrand, en garnison à Paris, dont la conduite paraissait irréprochable, qui avait d'excellentes notes au régiment. Cet homme, dont la généalogie démontrait nettement qu'il était un héréditaire, avait tous les quinze jours des maux de tête extrêmement violents qui précédaient les crises dans lesquelles se manifestaient ses désirs morbides. Il escaladait alors avec une grande agilité les murs et déterrait les femmes récemment ensevelies pour satisfaire sa passion. Traduit en conseil de guerre, il fut condamné à un an de prison. On voulut ainsi donner une juste satisfaction à l'opinion publique en évitant de prononcer l'acquittement et rendre hommage à l'expertise faite par les aliénistes qui avaient reconnu que Bertrand était atteint de folie. (Ball) (3).

De par leur nature étrange, toutes ces aberrations réclament l'examen psychiatrique, mais elles ne suffisent pas, à elles seules, à établir le diagnostic d'aliénation mentale.

---

(1) Il s'en rapproche en ce que lui, aussi, associe la volupté et la douleur. Von Schrenck-Notzing réunit les deux anomalies sous la dénomination d'*algolagnie*.

(2) MOLL. *Op. citat.*, p. 166.

(3) *L'Encéphale*, 1887, p. 409.

Même les faits de sadisme, de fétichisme, de sodomie ne peuvent être considérés comme nécessairement pathologiques (1).

Il reste à faire la preuve de la maladie mentale dont l'aberration génésique n'est qu'un épisode.

A fortiori, cette preuve est-elle requise lorsqu'il s'agit d'actes moins singuliers que ceux dont nous venons de parler, à savoir l'exhibitionisme, l'onanisme mutuel.

Je partage l'avis de Leppman quand il dit que c'est précisément dans le domaine des faits contre les mœurs que le médecin risque le plus de reculer à l'excès les limites de la maladie.

« Son instruction à cet égard se fait d'une façon incomplète : dans la littérature médicale spéciale, il ne trouve que le côté psycho-pathologique de la question, tandis que l'expérience criminalistique montre qu'une grande partie des faits contre les mœurs appartient à la sphère de la santé mentale. C'est notamment le cas pour les exhibitionnistes. D'après Lasègue, ceux-ci sont toujours des individus fortement tarés, faibles d'esprit, épileptiques ou hystériques. C'est une thèse qui n'est vraie qu'en partie. » (2).

Au début de cette étude, je citais des chiffres qui montrent que la proportion des aliénés méconnus en justice n'est pas quantité négligeable. Ces données concernent des pays étrangers. Je n'en ai point trouvé de relatives au nôtre et personnellement, je n'ai guère eu l'occasion de constater de méprises dans la sphère de mon activité médico-légale (3).

Cela tient, je pense, au soin que prennent nos Juges d'instruction, nos tribunaux de requérir l'expertise chaque fois qu'ils aperçoivent des circonstances suspectes, de concéder l'examen lorsque la demande justifiée en est faite par le défenseur ou par la famille.

Aussi le besoin de réformes en vue de prévenir plus sûrement toute erreur judiciaire, se fait-il, peut-être, moins sentir chez nous qu'en d'autres milieux (4).

---

(1) C'est ce que déclarent entre autres CRAMER, *Gerichtliche psychiatrie*. Iéna, 1903, p. 376 : « Handlungen welche unter das Gebiet des Sadismus. Fetichismus oder Sodomie fallen, dürfen in forensisch psychiatrischen Sinne durchaus nicht als unbedingt krankhaft aufgefasst werden. »

(2) LEPPMANN. *Die Sachverständigen Thätigkeit bei Seelenstörungen*. Berlin, 1890, p. 85.

(3) J'en ai cité un exemple plus haut ; j'aurais de la peine à en donner un second.

(4) Parmi les réformes préconisées à cette fin, je citerai :

1° L'enquête à faire par les juges d'instruction sur la personnalité physiologique, psychologique et morale du prévenu, en vue de permettre aux magistrats et aux avocats d'apprècier l'opportunité d'une expertise médicale. (*Congrès d'anthropologie criminelle de Genève*, 1896. Rapport de M. Maus).

2° L'organisation d'un service médical chargé de visiter tous les prévenus incarcérés et pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis en citation directe, une visite suffisant, en général, pour supprimer la moitié des erreurs judiciaires relevées et permettant de soulever dans les autres des doutes capables de légitimer une expertise plus sérieuse (Proposition de M. TATY au *Congrès de Marseille*, 1892. — Voir PACTET et COLIN, *Les aliénés dans les prisons*, p. 97.)

Du reste, grâce au service de médecine mentale des prisons créé en 1892 par M. le Ministre Jules Le Jeune, si, par malheur, un aliéné venait à être frappé de condamnation, l'erreur ne tarderait pas à être réparée dans une certaine mesure: le malheureux serait transféré, de la prison où il n'aurait jamais dû entrer, à l'asile qui lui était destiné.

Grâce aussi à ce service, il est possible de soustraire, sans délai, au séjour de la prison, le détenu devenu aliéné au cours de son incarcération.

Exposant notre organisation de l'examen des prisonniers condamnés, Pactet et Collin écrivaient : » Sous ce rapport, comme sous bien d'autres, au point de vue pénitentiaire, la Belgique nous indique la marche à suivre ».

Je termine sur ces paroles qui plairont à votre patriotisme. Elles sont un hommage mérité à notre cher pays. Elles doivent nous stimuler tous à travailler, dans la mesure de nos moyens, à la réalisation d'une justice de plus en plus rationnelle et aussi, de plus en plus humaine.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 7 mai 1908. — Présidence de M. Klippel

Névrose sécrétoire

MM. SOUQUES et HARVIER. — **Le domaine de l'hystérie se rétrécit de jour en jour. On tend actuellement à en éliminer un certain nombre de manifestations qui en faisaient jusqu'ici partie intégrante, entre autres les troubles trophiques, vaso-moteurs et sécrétoires.**

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas curieux d'hypersécrétion multiple: gastrique, salivaire, rénale et sudorale. Cette hypersécrétion est indépendante de toute affection organique ou fonctionnelle classée, particulièrement de l'hystérie. Il semble logique de la placer dans un cadre spécial, sous la rubrique névrose sécrétoire.

L'hypersécrétion glandulaire s'est faite en deux phases successives: première phase gastrique et salivaire, et seconde phase rénale et sudorale. Elle est survenue sans cause apparente, à un âge déjà avancé, chez une femme qui depuis douze ans avait passé la ménopause sans troubles sécrétoires, ce qui exclut ici l'influence de la ménopause. Mais elle est survenue après une longue période d'émotions morales et de chagrins, ce qu'il importe de souligner, en passant.

Il n'est pas possible de rattacher l'hyperidrose généralisée — c'est elle, trouble actuel, que nous envisagerons surtout ici — à une affection organique du système nerveux, qui n'existe pas et qui n'a jamais existé. Serait-elle d'origine réflexe, et faudrait-il en voir le point de départ dans la lithiase biliaire? Pas d'avantage. Le fait que l'hyperidrose n'apparaît qu'à l'occasion du sommeil, naturel ou médicamenteux, suffirait à écarter cette hypothèse.

Faut-il incriminer une maladie fonctionnelle classée du système nerveux, une psychose ou une névrose? Il n'en existe pas. L'hystérie, en particulier, ne serait-elle pas en jeu? Les sueurs hystériques généralisées ont été signalées par Sydenham, en coïncidence avec le ptyalisme.

Notre malade n'a jamais eu aucune manifestation de l'hystérie dans le passé; elle n'en offre aucun stigmate dans le présent. Le fait seul que son hyperidrose ne survient que dans le sommeil (pendant lequel les accidents hystériques disparaissent généralement) suffirait à le démontrer.

Ni l'hystérie, ni la neurasthénie, ni toute autre psycho-névrose nosographique n'existe chez notre malade. Il faut donc incriminer autre chose, c'est-à-dire l'hyperexcitabilité héréditaire ou acquise (émotions et chagrins prolongés) des centres sécrétoires. De fait, l'hyperidrose, comme la polyurie et la gastrosuccorhée, se montre souvent chez les gens impressionnables, « nerveux », au sens banal du qualificatif. Il est donc permis dans le cas présent de dire : *névrose sécrétoire bulbaire*, autrement dit hyperexcitabilité fonctionnelle des centres sécrétoires du bulbe.

L'existence des centres sécrétoires sudoraux (bulbaires et médullaires), pour ne parler que de ceux-là, est démontrée par la physiologie. Les centres médullaires sont échelonnés sur toute la hauteur de la moelle. Au-dessus d'eux se place le *centre bulbaire*, *centre d'ensemble*, dont l'excitation électrique détermine chez le chat un sudation de la totalité des téguments. On suppose que le centre sudoral bulbaire, comme le centre vaso-moteur bulbaire, est bilatéral et que l'excitation doit porter sur les deux moitiés du bulbe pour produire une sudation généralisée. Si l'excitation reste unilatérale, on ne provoque que de l'*éphidrose unilatérale ou hémidrose.*

L'excitation morbide est comparable à l'excitation expérimentale. Si elle porte sur les deux côtés du bulbe, elle produira une hyperidrose généralisée : si elle ne porte que sur un côté, il ne s'ensuivra qu'une hémidrose. D'autres localisations surviendront s'il s'agit d'excitation portant non plus sur le centre bulbaire, mais sur tel ou tel centre médullaire, d'un seul côté ou des deux côtés.

Il est permis de parler de *névrose sécrétoire et de névrose sudorale*, quand il est impossible de faire dépendre le trouble d'une affection cataloguée du système nerveux, et surtout quand ce trouble survient chez un sujet émotif, « nerveux ». Dans le cas présent, et dans les cas analogues, la cause de l'excitation sudorale reste obscure, mais on est autorisé, après ce qui vient d'être dit, à en localiser l'action au bulbe, d'autant que les sécrétions gastrique, salivaire, rénale ont également un centre bulbaire connu. N'y eût-il comme trouble fonctionnel que de l'hyperidrose, on pourrait encore admettre la localisation élective sur les centres sudoraux, les localisations électives n'étant pas exceptionnelles en médecine.

Tic des paupières et fausse contraction paradoxale

MM. CAWADIAS et VINCENT présentent un malade tabétique avec paralysie faciale gauche périphérique et mouvements convulsifs.

Ce qui fait l'intérêt de son observation, c'est la présence de mouvements convulsifs dans les muscles périorbitaires droits, mouvements qui, par certains caractères apparents (synergie paradoxale), et à cause de l'existence d'une paralysie faciale périphérique du côté opposé pourraient être considérés comme dus à une lésion organique du nerf facial droit, c'est-à-dire à un spasme facial.

S'agit-il d'un tic ou d'un spasme? On pourrait penser qu'il s'agit d'un spasme par lésion organique du nerf facial droit, symétrique de celle qui existe à gauche. Nous pensons qu'en réalité il n'en est pas ainsi et que le phénomène que

présente le malade est un véritable tic des paupières. La synergie paradoxale est une fausse synergie, elle n'existe que pendant la phase tonique de l'état convulsif, elle n'existe pas à la phase clonique qui constitue le tic proprement dit.

Elle doit être interprétée comme un moyen de défense de l'individu contre l'occlusion permanente de la paupière tout comme dans le ptosis paralytique. C'est un phénomène qui, chez l'individu normal, est bilatéral, et qui, chez ce malade, semble unilatéral — à cause de la paralysie faciale gauche — et donne l'aspect d'une fausse synergie paradoxale. En effet, l'analyse que nous avons donnée montre bien qu'il s'agit d'un phénomène bilatéral (mouvements du globe oculaire gauche, etc.).

L'origine de ce tic est l'irritation de la cornée gauche. Celle-ci, qui, à cause de la paralysie de l'orbiculaire, n'est plus balayée, présente un léger degré de conjonctivite qui agace le malade et détermine chez lui un phénomène de défense. — Ce mouvement peu à peu s'est exagéré dans sa forme et a pris les caractères qu'on assigne aux tics, c'est-à-dire ceux d'un mouvement convulsif et intempestif répété à l'excès.

Une preuve en faveur de cette hypothèse est fournie par le traitement. En effet, la protection de l'œil gauche et le traitement de la conjonctivite ont notablement diminué le tic.

M. ROCHON-DUVIGNEAUD. — Ce clignotement me paraît uniquement dû l'irritation de l'œil gauche qui ne peut se fermer par suite de la paralysie de l'orbiculaire; il en résulte que l'effort central d'occlusion ne se produit que du côté droit.

Apraxie faciale associée à de l'aphasie complexe

M. Gilbert BALLET présente une malade de 44 ans, aphasique vulgaire avec hémiplégie droite. Les symptômes actuels, dus vraisemblablement à une artérite spécifique, se sont manifestés à la suite d'un ictus survenu le 13 août dernier.

L'aphasie est absolue, motrice et sensorielle. La malade est *incapable de souffler*, bien qu'elle n'ait pas de paralysie: tous les mouvements sont possibles, mais la malade est incapable de les associer et de les coordonner; c'est de l'apraxie. Cette apraxie n'est pas l'anarthrie; elle résulte, comme l'aphasie, de l'impossibilité de coordonner certains mouvements et non d'un trouble paralytique.

M. Pierre MARIE reconnaît que ces phénomènes d'apraxie sont analogues à ceux qu'il a désignés sous le nom d'anarthrie.

M. DEJERINE pense qu'il serait préférable d'employer le mot *aphémie*.

Tabes avec intégrité des réflexes pupillaires

M. ACHARD rapporte l'observation d'un malade tabétique avéré chez lequel le réflexe lumineux des pupilles est conservé.

Le séro-diagnostic syphilitique dans les maladies nerveuses

M. MARBE attire l'attention sur l'importance du séro-diagnostic syphilitique dans les neurasthénies et les maladies nerveuses en général.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement de la syringomyélie par la radiothérapie

par M. le Dr A. BIENFAIT

Communication faite à la Société belge de Neurologie

La connaissance clinique de la syringomyélie est de date récente; elle remonte à la publication du premier cas en 1889 par Debove. Au point de vue anatomique, cette affection consiste objectivement en la formation de cavités dans la substance grise de la moelle, cavités n'ayant pas de rapport spécial avec le canal central. Ces cavités se font non pas par écartement des tissus, mais à la suite de leur destruction; il en résulte que les éléments détruits ayant disparu ils ne pouvant être remplacés, la maladie est considérée comme incurable.

Aussi grand a été l'étonnement des neurologues lorsque, à la suite de diverses publications, on apprit que la syringomyélie pouvait guérir par la radiothérapie.

Cette question très intéressante mérite d'être examinée de près. La cavité provient de la résorption des tissus; cette résorption peut se faire dans deux cas, soit qu'il s'agisse de foyers inflammatoires, de myélites localisées myélites cavitaires [1]), soit que l'on ait affaire à des tumeurs de la névroglie, c'est-à-dire à des gliomes (neurogliomes, gliome télangiectasique, gliosarcome).

Nous devons considérer deux zones dans le foyer syringomyélique : d'abord la zone cavitaire, dont nous venons de parler, et ensuite une zone péricavitaire. Celle-ci est constituée par le tissu infiltré formant une coque. Les cellules et les fibres nerveuses qui se trouvent dans la région de cette coque ne sont pas toujours détruites, mais leurs fonctions laissent à désirer et peuvent même être totalement inhibées.

Sans nous étendre davantage sur ce sujet, voyons ce que, théoriquement, la radiothérapie peut donner. Absolument rien en ce qui concerne les éléments disparus; il s'ensuit qu'une syringomyélie avancée ne pourra jamais guérir intégralement.

S'il s'agit d'une myélite cavitaire, le traitement ne donnera pro-

---

(1) JOFFROY et ACHARD. *Archives de physiologie*, 1887, p. 468, et *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1891, p. 90.

bablement également rien, pas plus que dans une sclérose en plaques ou une myélite transverse. Valobra a, en effet, irradié, suivant divers procédés, la colonne vertébrale de malades atteints d'affection systématisée de la moelle et n'a obtenu aucun résultat favorable.

Mais s'il s'agit d'un gliome et notamment sans doute d'un gliosarcome où les cellules de nouvelle formation sont très abondantes, il en est autrement, car ces éléments sont très sensibles à l'influence des rayons X. En ce cas, les éléments néoplasiques de la zone péricavitaire pourront subir une régression et disparaître, la compression et l'hyperhémie qui gênaient les éléments nerveux et les symptômes de syringomyélie provenant de cette origine disparaîtront également. Le malade verra donc son état s'améliorer dans une large mesure. C'est là, nous paraît-il, la seule façon d'expliquer les résultats obtenus en clinique.

Il y a mieux encore. La cavité ne survient que secondairement; elle est précédée par un état néoplasique, qui va en se développant, et déjà à cette période précavitaire la syringomyélie clinique est constituée (Charcot). Il en résulte que si l'on a l'heureuse chance de traiter le malade à cette période, on peut le guérir intégralement.

Avant de parler des observations de syringomyéliques traités par la radiothérapie, il est utile de rappeler d'une façon très écourtée et dans ses grandes lignes cette maladie intéressante, autant que variée, de manière à ce que l'on puisse comprendre les formes diverses de ce syndrome clinique.

La substance grise peut être divisée en trois régions: la corne antérieure (cellules motrices), la corne postérieure (cellules sensitives, chaud, froid, douleur) et la partie intermédiaire (cellules trophiques en connexion spéciale avec le sympathique); la corne postérieure est au voisinage direct du cordon postérieur en arrière et en dedans (sensibilité tactile et musculaire) et du faisceau pyramidal en dehors.

Le point de départ du gliome se trouve habituellement dans la corne postérieure; il porte ainsi sur le second neurone sensitif et le symptôme précoce consiste donc dans la perte de la sensibilité au chaud, au froid et à la douleur du côté de la lésion. Le premier symptôme passe souvent inaperçu. Mais le mal s'étend; il atteint la partie intermédiaire et donne lieu à des troubles trophiques: glossyskin, phlyctènes, transpiration localisée, chute des ongles, cyanose; s'il s'étend encore, il porte sur la corne antérieure et donne des amyotrophies.

A côté de ces symptômes de polyomyélite, il apparaît souvent aussi des phénomènes de leucomyélie. Les cordons postérieurs peuvent être entrepris et donner lieu à de l'insensibilité tactile, à des troubles de la coordination (corne de Clarke). L'irritation du faisceau pyramidal donne lieu à la contracture, à l'exagération des ré-

flexes profonds, aux phénomènes de Babinski, du pied et de la main.

La forme classique de la syringomyélie est caractérisée par les symptômes suivants: dissociation des sensibilités, la cypho-scoliose, l'exagération des réflexes profonds et certains troubles vasomoteurs et trophiques.

Certains de ces signes peuvent manquer; d'autres, au contraire, peuvent acquérir une importance prépondérante. La lésion typique siège dans la corne postérieure en arrière et latéralement par rapport au canal épendymaire. En ce cas, la dissociation des sensibilités, qui est le symptôme le plus caractéristique, est absolulment précoce et bien marqué, mais le début peut se faire soit plus en avant, soit plus fortement sur le côté, il se peut alors qu'à l'origine il n'y ait pas du tout de troubles sensitifs et selon que la corne antérieure, la partie centrale de la substance grise ou le faisceau antérolatéral, ou le faisceau postérieur seront intéressés soit uniquement, soit ensemble, le malade pourra présenter les symptômes de l'atrophie d'Aran-Duchenne ou d'Erb, de la sclérose latérale, de la sclérose latérale amyotrophique, voire même du tabes ou de la sclérose en plaques.

La confusion avec cette dernière maladie peut être favorisée par l'existence du nystagmus dynamique, qui a été signalée environ dans le dizième des cas.

Le diagnostic est donc parfois difficile, la marche de l'affection, l'ensemble des symptômes constitueront des éléments de valeur. C'est ainsi que la sclérose latérale amyotrophique est une maladie à évolution rapide, amenant la mort en deux ou trois ans, tandis que la syringomyélie a un développement très lent. Dans la sclérose en plaques, la démarche a un aspect spécial, le malade présente du rire spasmodique, le tremblement intentionnel est très net et ces signes vont en s'accentuant; il n'y a peut-être jamais de dissociation et rarement des troubles de la sensibilité.

La syringomyélie peut s'accompagner de douleurs, mais elle diffère du tabes, notamment par l'absence du signe d'Argyl-Robertson et l'exagération des réflexes profonds.

L'amyotrophie progressive ne s'accompagne pas de troubles sensitifs et d'exagération des réflexes.

Notons aussi l'existence fréquente, dans la syringomyélie, de l'attitude spéciale de la main, dite « main de prédicateur »: les trois derniers doigts sont contractés, la peau gonflée, rougeâtre, succulente. On retrouve une attitude semblable dans la pachyméningite cervicale hypertrophique, le diagnostic se fera par l'absence de troubles pupillaires et de la douleur qui est rare dans la syringomyélie.

Il faut encore se souvenir que le syndrome syringomyélique peut se montrer dans toutes les affections dont la lésion porte sur la

corne postérieure de la moelle, telles que certaines myélites localisées, l'hématomyélie, le mal de Pott, les compressions médullaires, la syphilis médullaire, on le rencontre aussi dans certaines névrites, la lèpre notamment.

Ici encore l'analyse approfondie du cas fera connaître des symptômes inexistants dans la syringomyélie et typiques dans d'autres affections.

Beaujard et Lhermitte ont réuni une statistique de huit cas favorables, (1) dont trois du professeur Raymond, un du professeur Gramegna, un de Menétrier et Béclère et enfin trois cas dont nous allons parler et qui ont été traités par eux-mêmes.

I. *Un cas de syringomyélie à localisation poliomyélique postérieure*, par MM. Lejonne et Egger. (Service de M. le Prof. Raymond.)

M. Ch..., âgé de 29 ans. En 1901, à la suite d'un accès de toux, apparition subite de phénomènes d'engourdissement et de fourmillements dans les doigts de la main droite. En dépit de toute médication interne et externe, les paresthésies vont en augmentant.

En novembre 1906, ictus subit, caractérisé par une défaillance forçant le malade à se coucher, par la perte de la parole durant vingt-quatre heures, avec conservation parfaite de la conscience, par l'envahissement de toute la poitrine par le même engourdissement. Pas de spécifité ni d'alcoolisme.

Etat actuel. — Malade fortement musclé; force moyenne; facies rouge, congestionné. Etat des réflexes: bras droit, réflexe des radiaux des fléchisseurs, du triceps, du biceps, très affaiblis. Exagération de ces mêmes réflexes dans le membre supérieur gauche. Phénomène de la main gauche. Extrémité inférieure droite: ébauche de trépidation spinale; pas de Babinski, réflexes rotulien et achilléen exagérés. Extrémité inférieure gauche: phénomène du pied très net, tous les réflexes tendineux plus exagérés qu'à droite. Réflexe crémastérien aboli à gauche, conservé à droite. Réflexe massétérin exagéré. Réflexes abdominaux abolis des deux côtés. Tous les mouvements des quatre membres sont normaux, tant au point de vue étendue qu'au point de vue force. La main droite est le siège de mouvements athétosiques. Quand le malade tient sa main horizontale, les doigts écartés, le petit doigt d'abord, ensuite l'annulaire et le médius se fléchissent lentement l'un après l'autre dans la paume de la main pour revenir ensuite dans le plan horizontal.

Tous les segments du bras droit sont plus lents à se mouvoir que les segments homologues du bras gauche. Il existe un certain degré d'ataxie dans les mouvements de précision des deux membres supérieurs. Le signe de Romberg est très manifeste. Les yeux fermés, le malade vacille fortement. Incapable de se tenir sur un pied, les yeux ouverts; la démarche, les yeux fermés, rappelle un peu l'ataxie cérébelleuse; le malade dévie

(1) *La Semaine médicale*, 24 avril 1907.

par moments à droite et titube. On constate un certain degré de parésie respiratoire au côté gauche. Ouïe normale. Œil: réflexe à la lumière et à l'accommodation normal. Pas d'inégalité pupillaire. Nystagmus horizontal. Comme troubles vaso-moteurs et trophiques, on note une atrophie du rhomboïde à droite. C'est le seul muscle atteint. Dans aucun autre muscle, l'examen électrique, l'examen de la force musculaire ne constatent un trouble.

La langue est le siège de mouvements fasciculaires, surtout du côté droit où l'on remarque un commencement d'atrophie.

L'intérêt du cas siège surtout dans la belle topographie des troubles radiculaires de la sensibilité .

Dans les régions à analgésie et à thermo-anesthésie totale, la sensibilité tactile est aussi diminuée. Le sens des attitudes est conservé partout.

L'anesthésie commence avec la deuxième racine cervicale et se continue à travers les territoires de la troisième et de la quatrième cervicales.

La limite inférieure du territoire de la quatrième racine cervicale a pu être délimitée d'une manière précise à droite. Elle s'étend en arrière de la deuxième vertèbre dorsale, obliquement en bas et en dehors en contournant le deltoïde vers son tiers supérieur, pour rejoindre le sternum en avant, en suivant le second espace intercostal.

Les racines cervicales 5, 6 et 7 sont nettement analgésiques et thermoanesthésiques, tandis que la huitième cervicale et la première dorsale sont simplement hypalgésiques. Le bras gauche n'a pas de troubles de sensibilité. Au niveau des extrémités inférieures, tout le territoire de la queue du cheval (racines sacrées 1, 2, 3, 4, 5) est complètement indemne et encadré par le territoire des racines lombaires plus ou moins anesthésié.

II. Observation de Raymond et Guillain.

Il s'agit d'un cas de *syringobulbie* chez une femme de 41 ans.

Elle eut d'abord la voix voilée en 1896, avec difficulté pour déglutir; en février 1898, difficulté de lever l'épaule; en septembre 1898, difficulté pour coudre, elle remarque elle-même de l'insensibilité à la brûlure.

Examen le 16 septembre 1898.

Motilité. — Parésie des piliers, du voile du palais et de la corde vocale droite, motilité de la langue normale, nystagmus rotatoire dans les positions extrêmes.

Membre supérieur droit, parésie sans atrophie, réflexes profonds exagérés; membre inférieur, réflexes profonds exagérés, trépidation.

Sensibilité. — Hypoesthésie à la piqûre dans le domaine du maxillaire inférieur droit. — Pas de troubles de la sensibilité dans les membres supérieurs et inférieurs, sauf la perception stéréognostique.

En 1891, la main droite a pris l'aspect caractéristique de la syringomyélie spasmodique.

En 1905, parésie bien accusée du membre supérieur droit; les trois derniers doigts sont fléchis vers la paume et contracturés, le pouce et l'index ont leur motilité à peu près normale.

Les symptômes commencent à se montrer du côté gauche. Pas de réaction de dégénérescence, pas de troubles trophiques. Démarche parétospasmodique, réflexes profonds très exagérés, phénomène de Babinski des deux côtés. Tendance à la sclérose.

Bande d'anesthésie tactile et douloureuse à la région externe de l'avant-bras gauche.

Il existe des troubles de la sensibilité thermique qui ne sont ni constants ni absolus.

Les troubles de la sensibilité thermique ont eu une apparition tardive. En 1898, cette malade, hospitalisée à la Salpêtrière, avait des troubles moteurs surtout accentués au membre supérieur droit, des troubles de la parole et de la déglutition en rapport avec une paralysie de la moitié droite du voile du palais, du pharynx et du larynx; elle présentait de l'hypoesthésie et des phénomènes de paresthésie dans le côté droit de la face, un affaiblissement du sens stéréognostique à la main droite, du nystagmus dynamique, de l'exagération des réflexes tendineux et un certain degré d'incoordination motrice se manifestant lors de mouvements un peu délicats de la main.

En présence de cet ensemble symptomatologique on pensa durant longtemps au diagnostic de sclérose en plaques avec troubles bulbaires.

Depuis, la présence de troubles de la sensibilité thermique a orienté le diagnostic vers celui d'une syringomyélie. Il s'agit d'un cas de syringomyélie spasmodique. La main droite est contracturée et cependant le pouce et l'index ont conservé leur motilité, contrairement aux autres doigts, ce qui constitue la main en pince, décrite comme caractéristique de la syringomyélie.

La localisation de la lésion ou bulbe (syndrome du spinal interne d'Avellis), rend le tableau de l'affection peu classique. Le diagnostic de syringomyélie a été porté en considération des troubles sensitifs tardifs, de l'aspect de la main droite considéré comme typique, et d'un certain degré de scoliose.

Ces deux malades ont été traités par la radiothérapie par MM. Lhermitte et Beaujard; au bout de trois mois, les troubles sensitifs avaient nettement rétrocédé et la force musculaire était en voie d'amélioration évidente.

III. Observation de MM. Beaujard et Lhermitte.

Jeune homme âgé de 23 ans. Les premiers symptômes ont apparu en 1903, consistant en troubles moteurs de la main gauche suivis d'une atrophie des muscles hypothénariens. L'an d'après, il présente un panaris analgésique de l'index droit. Les troubles vaso-moteurs étaient des plus accentués. Les réflexes étaient normaux aux membres supérieurs, exagérés aux membres inférieurs; pas le Babinski ni de troubles sphinctériels, légère scoliose à droite. Plus tard, des troubles bulbaires apparurent caractérisés par de l'hémianesthésie faciale et de l'hémiagneusie homologue.

Le malade de Beaujard et Lhermitte a été traité de la façon suivante:

Les séances étaient hebdomadaires, la pénétration des rayons était de 7-9 numéros de l'échelle de Benoist, la dose de 3 H, l'anticathode était à 15 cent. de la peau. On alternait chaque semaine entre ces trois points: irradiation maximum sur la 4me cervicale, sur la 7me et sur la 3me dorsales. Le traitement était suspendu de temps en temps pour ménager la peau dont la réaction n'a jamais dépassé une simple pigmentation passagère.

Dès la troisième séance, les troubles de la sensibilité ont commencé à rétrocéder, l'état psychique s'est amélioré et l'impuissance a disparu. A la cinquième séance, les ulcérations et les fissures de la main droite étaient presque complètement cicatrisées et la force musculaire était considérablement augmentée à gauche.

Après sept séances (8 juillet 1906) les zones d'insensibilité pour les trois modes avaient considérablement diminué d'étendue de bas en haut, l'hypoesthésie tactile était particulièrement influencée, elle avait disparu à gauche, l'analgésie et la thermoanesthésie n'avaient été modifiées qu'à un moindre degré. A ce moment on a recours à la faradisation pour accélérer l'amélioration de la parésie.

A la vingt-cinquième séance, l'analgésie a disparu à gauche, elle est diminuée à droite, tandis que la thermoanesthésie est très réduite.

Les troubles d'origine bulbaire sont traités en dirigeant le faisceau de rayons X sur chacune des protubérances occipitales et cela à chaque séance; les troubles sensitifs disparaissent à la quatrième séance.

La motricité a donc été très favorablement influencée; cependant les troubles trophiques ne sont guère modifiés, mais les attitudes vicieuses des mains se sont corrigées. Les mouvements exigeant de la force sont redevenus possibles. Les muscles présentant une abolition complète de la contractilité électrique sont restés dans le même état et ceux qui n'avait qu'une ébauche de réaction de dégénérescence ont repris leur force et leur volume.

Quant aux troubles sensitifs ils se sont grandement améliorés et les phénomènes trophiques cutanés et osseux ont subi un arrêt, tandis que les ulcérations se cicatrisaient.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du Jeudi 18 Juin 1908. — Présidence de M. le Prof. JOFFROY

Au début de cette première séance, M. le Prof. JOFFROY remercie ses collègues de l'avoir appelé à présider leurs réunions et expose le but de la nouvelle société.

« ... Frappés de la vitalité d'une Société scientifique dont beaucoup d'entre » nous font partie: la Société de Neurologie, et attribuant ses heureux résul- » tats à ce fait qu'on y montre et qu'on y regarde les choses dont on parle, et » qu'on y discute sur des faits dont la réalité est présente, nous avons pensé, » dit-il, que la même méthode de travail appliquée à la psychiatrie devait

» donner dans cette science des résutats aussi satisfaisants... Telles sont les » seules considérations qui ont décidé de la fondation de la Société de Psy- » chiatrie, qui n'est, en somme, dans notre pensée, qu'un complément, une » sorte de prolongement de la Société Médico-psychologique à laquelle nous » restons aussi attachés aujourd'hui que dans le passé... »

Un cas de délire somnambulique avec retour à l'enfance

M. JANET présente à la Société une jeune fille de 19 ans qu'il considère comme atteinte d'un délire hystérique tout particulier.

Elle présente, en état second, un syndrome de puérilisme mental que l'on peut également provoquer par l'hypnose. Cette malade « jouerait la comédie de l'enfance » par suite d'une idée fixe, ce qui la différencierait des malades atteints de puérilisme démentiel.

M. SOLLIER se demande s'il s'agit là d'un délire ou d'un véritable état de régression de la personnalité.

M. DUPRE fait observer combien il est difficile d'apprécier la part de la conscience et de la volonté dans ces cas de « comédie involontaire ».

M. JOFFROY fait remarquer que la malade, dans son état second, écrit comme une enfant de 7 ans.

Deux cas de délire de persécution à forme démonomaniaque développés chez des débiles à la suite de pratiques spirites

MM. LEVY-VALENSI et BONDON, après cette communication, demandent ce qu'il faut penser du pronostic de ces délires sur lesquels M. Gilbert Ballet a déjà attiré l'attention.

M. GILBERT BALLET cite le cas de plusieurs malades chez lesquels la guérison, ou tout au moins une atténuation du délire compatible avec l'exercice de leur profession, a paru se produire au bout d'un temps plus ou moins long.

M. DUMAS qui connaît une de ces malades et la suit depuis plusieurs années, apporte cette notion très intéressante que les trois personnes qui partageaient les pratiques spirites de la malade sont aujourd'hui toutes trois internées.

M. JOFFROY insiste sur le rôle primordial de l'interprétation délirante dans la genèse des délires spirites et, en général, de tous les délires de persécution. La malade commence à faire des interprétations erronées sur un sujet donné, qui fut dans ce cas fourni par les pratiques spirites. Ensuite, elle fait de nouvelles interprétations à propos de tout et les incorpore à son délire qui s'étend ainsi. Le pronostic des délires spirites est le même que le pronostic de tous les délires de persécution. Il peut y avoir des rémissions et d'une façon générale, le pronostic de chaque cas particulier se tire de l'examen du sujet et de la systématisation du délire.

M. SOLLIER a observé deux cas ayant tous les deux complètement guéri. Il distingue pour le pronostic les cas de délire spirite pur et de délire de persécution à teinte spirite.

M. Jules VOISIN présente trois cas de *démence épileptique spasmodique* chez des jeunes idiotes. Il rappelle à ce sujet la description qu'il a donnée de cette affection en 1898. Il s'agissait de malades pubères et il croyait alors que cette affection ne se produisait qu'à la puberté.

Une de ces malades, âgée de 24 ans, présenta à l'autopsie de la sclérose névroglique disséminée sans méningite. M. Jules Voisin estime aujourd'hui que cette démence épileptique spasmodique peut exister dès l'enfance et qu'elle est symptomatique de processus de sclérose cérébrale.

M. GILBERT BALLET présente un malade à l'occasion duquel se pose la question des *intermissions dans la paralysie générale.*

Ce malade, en 1898, est entré dans un accès de dépression mélancolique suivi en 1902 d'une période d'excitation accompagnée du tableau classique du délire mégalomaniaque paralytique. Depuis 1903, son état mental paraît normal et l'on constate seulement quelques symptômes tabétiques.

La longueur de la période de rémission est ici remarquable et mérite plutôt le nom d'intermission; il y a une véritable disparition des troubles psychiques.

M. GILBERT BALLET profite de cette occasion pour dire que ces cas sont plus fréquents que l'on ne le croit généralement et que, selon lui, la paralysie générale a souvent une évolution discontinue.

M. VALLON. — Le nombre des paralytiques généraux présentant des rémissions est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit. Le qualificatif de progressive appliqué à la paralysie générale est tout à fait impropre.

M. DUPRE estime qu'en dépit de ces longues rémissions la maladie est cependant progressive et il ne voit pas de raison de supprimer cette épithète.

M. VOISIN signale l'existence fréquente des rémissions dans les cas où la maladie a commencé par un accès mélancolique suivi d'une période d'excitation.

M. BRISSAUD pense que les paralysies générales qui présentent des rémissions prolongées s'accompagnent de phénomènes tabétiques.

M. VALLON. — Il y a souvent balancement entre les phénomènes médullaires et les phénomènes cérébraux.

M. SEGLAS s'associe aux paroles de M. Brissaud et rappelle que M. Pierret a signalé la fréquence des rémissions et la tenue du délire chez les paralytiques généraux tabétiques à début médullaire.

M. CLAUDE. — Dans le tabès on peut observer dels lésions encéphaliques procédant par poussées et qui ne sont pas celles de la paralysie générale. J'ai observé récemment dans un cas analogue des petits foyers d'encéphalite inflammatoires localisés.

M. RICHE. — Dans ces cas, si le traitement mercuriel agit, on peut penser avoir affaire à ces poussées d'encéphalite, le tabès et la paralysie générale n'étant nullement modifiés par le traitement mercuriel.

M. JOFFROY, à propos de la disparition des accidents mentaux chez les paralytiques généraux discute la question de la guérison de ces malades.

Parmi les cas de prétendue guérison et qu'il a analysés minutieusement, il a remarqué qu'un grand nombre de ces cas guéris, étiquetés P. G., présen-

taient des symptômes tabétiformes et il se demande si les troubles mentaux de ces malades se rapportent à une paralysie générale ou rentrent dans la catégorie des divers troubles mentaux observés au cours du tabès. Il est très difficile de répondre à cette question en l'absence d'autopsie.

Il relate à ce sujet l'observation d'un malade de son service, ancien syphilitique, faisant d'autre part des accès alcooliques intermittents et présentant des troubles tabétiformes depuis 1894 ; depuis cette époque il a présenté à plusieurs reprises des accès de dépression mélancolique et des accès de violente excitation maniaque avec délire ambitieux et idées de grandeur : chacun de ces accès avait une durée relativement courte et dans leur intervalle le malade n'offrait pas de déficit intellectuel appréciable.

Dans ces cas embarrassant la lymphocytose céphalo-rachidienne et le signe d'Argyll n'ont aucune valeur, puisqu'il s'agit de tabétiques, seuls les troubles de la parole ont une signification, or, il n'existaient pas chez son malade et à ce sujet il demande à M. Ballet si le malade qu'il a présenté avait des troubles de la parole. Sur la réponse négative de ce dernier, M. Joffroy met en doute le diagnostic de M. Ballet et se demande s'il ne s'agit pas plutôt d'un circulaire ?

M. GILBERT BALLET. — J'ai dit pourquoi je ne le considérais pas comme un circulaire. D'autre part, si l'on appelle paralysie générale une affection progressive, ce malade ne peut être étiqueté paralytique général, mais il me parait rationnel d'admettre que les troubles mentaux qui se sont développés chez lui se rattachent étroitement à l'infection syphilitique qui évolue sur sa moelle.

De la paralysie générale juvénile

M. JOFFROY présente un malade de 23 ans, infantile demi-imbécile, au corps grêle, au visage enfantin et glabre, chez lequel la radiographie a décelé la persistance des cartilages épiphysaires. A l'Asile ce malade montra d'abord un certain degré d'exaltation intellectuelle qui lui permit en quelques mois d'apprendre à lire et à écrire sous la direction d'un paralytique général, relativement instruit, puis une transformation inverse se mit à évoluer ; l'intelligence baissait de plus en plus à mesure qu'apparaissaient les signes pupillaires de l'embarras de la parole, de la lymphocytose céphalo-rachidienne. Il offre aujourd'hui le tableau complet de la P. G.

A cette occasion M. Joffroy propose d'établir la délimitation entre les P. G. juvéniles et celles de l'adulte sur cette donnée anatomique : la persistance des cartilages épiphysaires ou leur soudure à la diaphyse.

Manie intermittunte et paralysie générale

M. DUPRE. Présentation de deux malades. — Le premier atteint depuis l'âge de quarante ans d'accès maniaques avec mélange d'éléments répressifs ; le second, âgé de soixante ans, atteint d'un second accès d'excitation avec délire absurde et colossal de grandeur, — à propos desquels se pose d'une façon particulièrement difficile (faiblesse du niveau intellectuel, caractères du délire, quelques troubles organiques, etc...) le problème du diagnostic différentiel de la manie intermittente essentielle et des états maniaques symptomatiques de la paralysie générale au début.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 7 mars 1908 *(suite)*. — Présidence de M. KLIPPEL

Aphasie ou démence

MM. KLIPPEL et Pierre WEIL présentent un homme de quarante-deux ans, éthylique, qui a été pris en pleine santé d'un ictus, suivi d'une hémiplégie droite, très marquée à la face, peu au niveau du membre supérieur, très peu au niveau du membre inférieur, et d'autre part de dysarthrie, et de troubles intellectuels marqués.

Cette hémiplégie est organique. En effet, les réflexes tendineux sont très notablement exagérés du côté paralysé; il existe de ce côté du clonus, de l'abolition des réflexes cutanés, ainsi que le phénomène du mouvement associé de flexion de la cuisse, sur l'importance duquel M. Babinski a insisté.

D'autre part, ce malade n'est pas un dément; il présente, il est vrai, des troubles de la compréhension, et, comme un dément, il présente rapidement des phénomènes de fatigue intellectuelle qui influent sur les opérations psychiques pour les diminuer. Mais cet homme ne présente aucun trouble de la sphère affective; s'il s'énerve et s'affecte lorsqu'il ne trouve pas le mot qu'il cherche, ce trouble n'est pas démentiel, car il est lié, non à la maaldie, mais à un de ses symptômes. Il n'a pas cette amnésie du dément qui s'étend aux mots, aux idées, aux notions scientifiques et professionnelles. Ce malade est capable de penser, mais il exprime mal ce qu'il ressent, parce qu'il ne trouve pas facilement le mot qu'il cherche, et parce qu'il ne le prononce pas avec netteté, du fait de sa glossoplégie. Il n'a pas cette incohérance verbale du dément, cette puérilité de langage et d'idées, ces délires qui se greffent fréquemment sur le fond démentiel. Le malade est capable d'attention et de volonté, d'imagination et de jugement; il sait reconnaître ses erreurs, soit spontanément, soit que d'un geste, d'un mot, on ait attiré son attention, et il essaye alors de les corriger. En résumé, les troubles intellectuels sont uniquement liés à son aphasie; mais cette aphasie est compliquée d'anarthrie, et c'est ce qui explique la première impression que donne ce malade quand on lui cause.

Où siège la lésion qui commande le complexus symptomatique observé chez lui? Sa paralysie faciale n'est certainement pas d'origine périphérique, bien que la tumeur parotidienne de cet homme siège au niveau de la branche de bifurcation inférieure du nerf de la VIIe paire. Cette hypothèse en effet est infirmée de par les commémoratifs et de par l'état intellectuel de cet homme; et d'ailleurs la paralysie faciale n'est que le point saillant d'une hémiplégie totale.

On peut admettre que la lésion siège au niveau de la partie inférieure de la région rolandique, intéressant le pied de la circonvolution de Broca; la portion sus-jacente de cette région sera peu lésée, et très peu frappé serait le lobule paracentral. — En admettant la théorie de l'aphasie soutenue par M. P. Marie, on pourrait supposer une lésion intéressant le faisceau géniculé au niveau de la capsule interne, et qui n'aurait fait qu'érailler les fibres qui cheminent dans le bras postérieur de cette capsule.

M. Pierre MARIE. — Chez ce malade il existe un hémispasme très prononcé du côté gauche de la face; ne serait-ce pas l'indice qu'un certain nombre des symptômes pourraient reconnaître une origine névropathique?

M. KLIPPEL. — Sans doute on peut discuter le diagnostic d'une névrose ou d'une névrose associée. Mais ce que démontre avec certitude, un examen complet de ce malade, c'est qu'il présente une lésion cérébrale en foyer ; l'état actuel a été précédé et amené par des ictus ; il existe une paralysie cérébrale du facial inférieur très marquée et du même côté droit un hémiparésie avec exaltation des réflexes et clonus du pied ; enfin une aphasie.

La raison qui m'a déterminé à vous amener ce malade est la suivante : au premier abord ce sujet paraît être un dément, tandis que plus on l'étudie et plus on s'aperçoit que les troubles de l'intelligence sont ici le résultat de l'impossibilité de trouver les mots et d'exprimer une pensée. On a pu dans quelques cas confondre un aphasique avec un dément. Ce malade, qui pourrait être l'objet d'une pareille confusion, est propre à nous montrer quels sont les caractères particuliers qui distinguent l'aphasique du dément et que j'ai cherché à établir dans les considérations précédentes.

M. BABINSKI. — Il est incontestable que l'hémiplégie dont est atteint ce malade est de nature organique, car, du côté de la paralysie, on constate de l'exagération des réflexes tendineux et « le mouvement combiné de flexion de la cuisse et du tronc ». L'hypothèse d'hystérie pure ne pourrait donc être soutenue ; il serait tout au plus permis de songer à la possibilité d'une association hystéro-organique.

Séance du 9 avril 1908. — Présidence de M. KLIPPER

Discussion sur l'hystérie

M. DUPRE, chargé de faire un rapport sur la question, déclare que la Société est réunie pour faire œuvre *pratique*, pour définir le mot hystérie. C'est dans ce but que l'orateur a dressé un questionnaire auquel les assistants sont priés de se limiter strictement.

Première question

1° *Dans l'ensemble des phénomènes rattachés à l'hystérie, n'existe-t-il pas un groupe spécial de troubles qui puissent être exactement reproduits par la suggestion et qui puissent disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion?*

En particulier : certaines variétés de crises convulsives, de paralysies, de contractures, d'anesthésies, d'hyperesthésies, de troubles du langage, etc., ainsi que certains troubles respiratoires, digestifs, etc.

Après un échange de vues entre MM. Raymond ,Babinski, Klippel, Crocq et Gilbert Ballet, l'accord se fait pour répondre affirmativement à cette question ; il ne peut faire de doute pour personne, en effet, que *certains* symptômes hystériques sont susceptibles d'être reproduits et de disparaître par la suggestion. On se demande même si cette question n''était pas superflue.

Deuxième question

Si l'on admet l'existence d'un groupe de troubles caractérisés comme il est dit ci-dessus, n'est-il pas légitime et nécessaire de lui donner un nom? Et lequel? Le terme de pithiatisme ayant été proposé, convient-il de le conserver ?

On est d'accord pour remettre la discussion de cette question à la fin de la séance.

Troisième question

a) *Ce qu'on a appelé stigmates hystériques (hémianesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, polyopie monoculaire, dyschromatopsie, abolition du réflexe pharyngé, zônes hystérogènes, etc.), n'est-il pas le résultat d'une suggestion inconsciente, le plus souvent d'origine médicale?*

b) *Y a-t-il lieu d'admettre que, parfois, la suggestion ne joue aucun rôle dans la genèse de ces stigmates, et qu'ils peuvent se développer spontanément sous une influence encore inconnue?*

M. DEJERINE reconnaît que, dans un grand nombre de cas, les stigmates hystériques résultent d'une suggestion médicale, mais il pense que, d'autres fois au contraire, on rencontre des hémianesthésies spontanées.

M. RAYMOND confirme cette manière de voir.

M. BABINSKI attire l'attention sur les précautions qu'il faut prendre pour éviter la suggestion. Voici comment il procède:

« Je fais fermer les yeux du malade que j'examine, puis je commence par le prier de poser l'extrémité de son index, gauche ou droit, sur l'endroit où je l'aurai touché, et souvent, pour exciter son attention ainsi que son amour-propre, je dis aux élèves qui sont auprès de moi, de manière à être entendu par lui, qu'à en juger par sa mine, il doit être intelligent et qu'il me renseignera vraisemblablement d'une manière précise; je touche alors très superficiellement diverses parties du corps, puis je pince la peau, je la pique, j'exerce des pressions avec le doigt, je croise les doigts les uns sur les autres, je les écarte, je fléchis et j'étends les divers segments des membres, je fais palper des objets divers, ronds, carrés, allongés, etc., j'applique, sur les téguments, des corps chauds et des corps froids, tout cela tantôt à gauche, tantôt à droite, et si le sujet ne me dit pas spontanément ce qu'il sent, je me contente de lui demander ceci: « Que sentez-vous maintenant? » ou bien « Qu'est-ce que je vous fais »? — En ce qui concerne l'examen du champ visuel, il faut user de précautions analogues et ne pas oublier que les gens normaux, ni plus ni moins que les hystériques, ne comprennent pas toujours bien ce qu'on leur demande, et que parfois quand on les examine au périmètre, ils déclarent ne voir l'index en papier qu'au moment où ils le perçoivent d'une manière très nette; il en résulte un rétrécissement apparent, parfois très prononcé, du champ visuel, qui disparaît immédiatement à la suite de quelques explications.

» Je le répète, en opérant ainsi, en écartant les causes de suggestion ou d'erreur d'interprétation, je ne trouve plus jamais, chez les malades que nous avons en vue, d'hémianesthésie ni de rétrécissement du champ visuel. La recherche de la dyschromatopsie dite hystérique et de la polyopie monoculaire m'a conduit aussi à un résultat négatif.

M. GILBERT BALLET pense que, dans l'immense majorité, sinon dans la totalité des cas, les anesthésies sont d'origine médicale.

M. BRISSAUD se rallie à cette opinion.

M. SOUQUES pense, comme M. Babinski, que les stigmates hystériques sont le résultat de suggestions inconscientes.

M. ROCHON-DUVIGNEAUD n'admet pas l'existence du rétrécissement du champ visuel et de la dyschromatopsie.

M. PITRES ne peut admettre que les troubles de la sensibilité des hystériques soient habituellement d'origine médicale.

M. BABINSKI pense que tout dépend de la manière d'explorer.

M. DUPRE fait remarquer qu'il faut répondre à la contre-partie de la question: y a-t-il lieu d'admettre que, parfois, la suggestion ne joue aucun rôle dans la genèse des stigmates hystériques.

M. DEJERINE répond catégoriquement par l'affirmative.

M. BABINSKI pense que la question est insoluble : on ne peut jamais affirmer qu'un malade n'a pas été suggestionné.

M. DUPRE fait remarquer que les troubles de la sensibilité sont souvent simulés par des malades, soit pour se rendre *intéressants*, soit pour mystifier l'entourage; c'est alors une auto-suggestion indirecte.

M. BRISSAUD pense qu'on ne peut discerner la simulation *consciente* de la simulation *inconsciente*.

M. THOMAS pense, avec M. Babinski, qu'il est impossible de répondre à la question. Il y a, en tout cas, lieu d'admettre que la suggestion intervient plus souvent qu'on ne l'admet généralement.

Quatrième question

La suggestion ou la persuasion ont-elles une action :
a) *Sur les réflexes tendineux?*
b) *Sur les réflexes cutanés?*
c) *Sur les réflexes pupillaires?*
d) *Sur les fonctions circulatoires et trophiques (dermographisme, urticaire, œdèmes, éruptions, hémorragies, ulcères, gangrène?*
e) *Sur les fonctions sécrétoires (urine, sueur, salive)?*
f) *Sur la température (fièvre)?*

M. CROCQ a pu, par la suggestion, faire disparaître le réflexe plantaire en flexion, ainsi que les réflexes pharyngien et cornéen. Il n'a pu modifier les réflexes tendineux, ni le crémastérien, ni celui du fascia lata.

M. KLIPPEL fait remarquer que tout le monde est d'accord pour admettre que les réflexes tendineux ne peuvent être modifiés par la suggestion.

M. BABINSKI pense que cette abolition est plus apparente que réelle, elle consiste simplement dans une entrave indirecte à la manifestation du réflexe.

M. HALLION a étudié les hystériques à l'aide du pléthysmographe digital; il n'a constaté *aucun phénomène circulatoire* chez les sujets les plus suggestibles.

M. PITRES a observé le sein hystérique, ainsi que des œdèmes et des ulcérations névrosiques.

M. RAYMOND pense que la persuasion armée (Lourdes) peut faire disparaitre des troubles vaso-moteurs.

M. BRISSAUD *croit* au sein hystérique, mais il ne peut l'affirmer ; *il est encore moins certain des troubles trophiques.* Ces cas sont toujours sujets à caution, la simulation y joue un rôle considérable.

M. DUPRE confirme cette manière de voir : la volonté peut tout faire, en matière d'anesthésie. La clinique médico-légale nous montre dans l'étude des grands simulateurs, les prodiges d'énergie, d'endurance et d'entêtement réalisés, au cours d'une longue observation, par certains sujets résolus à tromper ou à lasser le médecin. J'ajoute que, dans ces anesthésies simulées, la piqûre reste le plus souvent exsangue : ce caractère n'est pas propre à l'hystérie ; il dépend d'un état de vaso-contriction périphérique particulier, associé à ces anesthésies psychiques, et que j'ai maintes fois constaté chez les simulateurs.

M. BABINSKI fait remarquer que personne n'a pu répondre catégoriquement par l'affirmative.

MM. BABINSKI et DUPRE n'ont pas réussi à provoquer la fièvre par la suggestion.

M. PITRES fait remarquer que ces deux essais sont insuffisants.

Cinquième question

En admettant que la suggestion ou la persuasion n'aient pas d'action sur les phénomènes désignés ci-dessus (voir quatrième question),*existe-t-il quelque lien entre ces phénomènes et les troubles désignés au paragraphe 1 ?*
Ce lien, s'il existe, est-il un lien de causalité, d'interdépendance, d'association ou de simple coïncidence ?

M. BABINSKI n'admet aucun lien entre ces deux ordres de phénomènes qui peuvent simplement coïncider.

M. RAYMOND ne prétend pas que les troubles trophiques soient le fait de la suggestion, mais il pense que dans l'hystérie, ils relèvent d'un élément morbide actionné par la névrose.

MM. BABINSKI, DUPRE et THOMAS ne sont pas de cet avis, ils pensent que les faits relatés n'ont pas été observés avec suffisamment de précautions.

Séance du 14 mai 1908. — Présidence de M. KLIPPEL

Sixième question

N'existe-t-il pas en dehors de ce qu'on a appelé hystérie des états morbides au cours desquels on observe des troubles qui présentent les caractères indiqués au paragraphe 1, c'est-à-dire qui puissent être exactement reproduits par

la suggestion et qui puissent disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion.

M. DEJERINE répond affirmativement.

M. CROCQ pense qu'il faut avant tout définir le mot suggestion dont on parle incessamment sans se comprendre : « Toute idée introduite dans le cerveau et acceptée par lui. » Comprise de cette manière, la suggestion fait partie de notre vie courante, elle existe partout et intervient dans la plupart de nos déterminations. La suggestion est un phénomène physiologique banal et la suggestibilité est un attribut essentiel de la mentalité humaine. C'est ainsi que M. Babinski semble du reste comprendre les choses, puisqu'il emploie le mot « persuasion » dont l'acceptation est plus vague encore. La persuasion n'est-elle pas un phénomène essentiellement physiologique? Aussi voyons-nous la suggestion ou persuasion produire ses effets dans les cas les plus variés et où il ne semble pas y avoir hystérie; dans les maladies organiques les plus profondes ne voit-on pas certains symptômes disparaître par la suggestion du médecin? Celui-ci ne peut-il pas, inversement, s'il est maladroit, créer de toute pièce des symptômes morbides, en dehors de toute hystérie?

La suggestion crée des modifications physiques que la suggestion peut détruire, non seulement dans des états morbides multiples, mais encore à l'état normal; la suggestibilité est la caractéristique de l'état mental infantile, de la dégénérescence, de la sénilité et, en général, de toute mentalité débile. Elle couve, d'une manière plus ou moins accusée, chez tous les individus et joue un rôle considérable dans la thérapeutique journalière de toutes les maladies. Le pithiatisme est un phénomène normal dont l'exagération se rencontre dans toutes les formes de débilité psychique.

M. VOGT attire l'attention sur le facteur émotion accompagnant la suggestion. Dans les cas que l'on rattache généralement à l'hystérie, le phénomène prédominant est une émotivité exagérée qui appartient à la dégénérescence mentale.

Au contraire, il y a des malades qui présentent une suggestibilité exagérée et ce sont : 1° les mythomanes; 2° les nosophobes. Il ne faut pas les confondre avec les précédents.

Enfin, on peut, dans certains cas, trouver des associations où l'émotivité et la suggestibilité sont également exagérées.

M. BABINSKI. — Le mot suggestion signifiant généralement dans le langage courant « insinuation mauvaise » je pensais et je pense encore qu'il conviendrait de lui donner aussi dans le langage médical un sens péjoratif et de désigner par le terme « persuasion » l'action par laquelle on cherche à faire accepter à autrui une idée raisonnable ou qui, tout au moins, ne soit pas en désaccord avec le bon sens. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit plusieurs fois, il suffit de s'entendre et la décision que nous prendrions à cet égard, quelle qu'elle fût, ne saurait modifier en rien le fond du sujet qui nous occupe. D'ailleurs, quand nous emploierons le mot suggestion pour exprimer l'idée qu'elle a donné naissance à un trouble nerveux, il sera alors nécessairement péjoratif.

M. BRISSAUD. — Le sens que M. Babinski attache au mot *suggestion* est conforme à celui que ce mot a dans la langue française. Littré précise bien sa valeur péjorative, et il y a tout avantage à ce que nous conservions aux mots la valeur qui leur est attribuée par ceux qui s'en sont servis les premiers dans un sens déterminé.

M. DEJERINE. — Ce n'est pas dans le dictionnaire de Littré que nous devons aller chercher la définition du mot suggestion. Pour moi, la suggestion, qu'il ne faut pas du tout confondre avec la persuasion, car cette dernière s'appuie sur le raisonnement, la suggestion, comme l'a dit Bernheim il y a longtemps, est l'acceptation par le cerveau d'une idée vraie ou fausse. Elle repose sur le plus ou moins grand degré de crédulité ou de crédivité du sujet et surtout sur l'idée qu'il se fait de la supériorité de celui qui fait la suggestion.

M. CROCQ. — Je tiens à faire constater qu'on ne s'entend guère sur la définition du terme suggestion.

Je ne vois pas pourquoi ce mot serait réservé aux idées mauvaises, sournoises ou déraisonnables. Qu'y a-t-il de déraisonnable dans une suggestion thérapeutique? La guérison me paraît au contraire une idée très raisonnable.

M. G. BALLET. — Je ne suis pas certain que le mot « suggestion » ait dans la langue française un sens nécessairement péjoratif, comme on l'a dit. Mais cela importe peu, si dans le langage médical il a une signification consacrée par l'usage. Or, de même qu'on a coutume de parler de troubles produits par suggestion, on a aussi l'habitude de dire « guérison par suggestion ». Pourquoi ne pas laisser à l'expression le double sens qu'elle a en pathologie? Je ne saisis pas ce qu'on gagnerait, dans le cas particulier, à rompre avec l'usage et à compliquer la terminologie.

M. DUPRE. — Le terme de suggestion ne s'emploie pas toujours dans un sens péjoratif: c'est ainsi que nous parlons de « médication suggestive », malgré l'indication étymologique rappelée par M. Brissaud; le langage courant donne tour à tour l'acception favorable ou défavorable au terme de suggestion. Sans entamer ici de discussion philologique ou psychologique, et en essayant simplement de nous entendre sur le sens pratique du terme, je crois qu'on peut se ranger à l'opinion de M. Babinski, bien précisée par M. Ballet.

Cependant, dans nombre de cas, on aura de la peine à distinguer, dans le domaine de la suggestion, le physiologique du pathologique. La distinction devient encore plus délicate, lorsqu'on essaye de l'appliquer aux faits de suggestion collective, que présente à étudier la psychologie des foules, dans la genèse des entraînements passionnels ou actes héroïques ou criminels, dans l'histoire des miracles, etc.

M. BRISSAUD. — Il est bien entendu que nous ne devons considérer la suggestion qu'au point de vue pathologique. Grâce à cette restriction, nous pouvons désormais employer ce mot sans confusion; une partie de la richesse d'une langue se fait par la restriction progressive du sens des mots.

M. KLIPPEL. — Nous envisageons donc le mot suggestion dans son sens pathologique. Et nous devons nous demander si les troubles produits ou détruits par la suggestion sont le propre de l'hystérie ou bien si de pareils troubles peuvent être observés dans d'autres états morbides.

M. CROCQ. — Le caractère pathologique des suggestions ne suffit pas à définir nettement le pithiatisme et surtout à assimiler ce pithiatisme à l'hystérie. Je maintiens qu'il y a des suggestions pathologiques, et par conséquent du pithiatisme, en dehors de l'hystérie.

M. DUPRE. — Le domaine de la suggestion-persuasion s'étend bien au delà des faits jusqu'à présent considérés comme hystériques. La suggestibilité, avec toutes ses conséquences, favorables ou défavorables, et plus souvent défavo-

rables que favorables, s'observe chez beaucoup de débiles, de déments, de déséquilibrés, de délirants oniriques, sans que cependant ces différents psychopates offrent ou aient offert le moindre symptôme de la catégorie du paragraphe 1. La suggestion s'exécute chez eux, à des moments, dans des sens et par des mécanismes très variés, difficiles à ramener à une psychogénie unique.

M. BABINSKI fait remarquer que, tandis qu'on guérit, par la suggestion, des centaines d'hystériques, on n'améliore pas la maladie du doute et la neurasthénie constitutionnelle. L'orateur réclame qu'on lui indique les névroses autres que l'hystérie que l'on peut guérir par suggestion.

M. DEJERINE. — En dehors de la maladie du doute, il y a des obsédés, des phobiques chez lesquels on obtient des résultats par la psychothérapie ; ce sont des troubles par auto ou hétéro-suggestion, tout à fait indépendants de l'hystérie.

M. PITRES admet que les manifestations psychasténiques et les obsessions peuvent être améliorées par la psychotérapie prolongée.

Il existe d'ailleurs de grandes analogies entre la phychasténie et l'hystérie. Elles se développent toutes les deux chez des sujets prédisposés par l'hérédité. Elles s'annoncent dès le jeune âge par de petits accidents névropathiques ou psychopathiques, généralement fugaces, mais très caractéristiques (hoquets, syncopes, toux coqueluchoïde des hystériques; préoccupations scrupuleuses des psychasténiques à l'époque de la première communion). Leurs grands épisodes symptomatiques éclatent d'ordinaire brusquement, sous l'influence provocatrice des chocs émotionnels. Enfin, s'il est, ce dont personne ne doute, des cas de psychasténie et d'hystérie qui résistent à tous les traitements, il en est heureusement beaucoup d'autres qui sont susceptibles d'être améliorés par la persuasion méthodique ou guéris par la suggestion.

M. Henry MEIGE pense qu'on n'a pas tenu compte du facteur *temps*. Certes la suggestion agit favorablement dans certaines psychasténies et dans certaines maladies du doute. Mais peut-on comparer les guérisons très rapides, parfois miraculeuses, qu'on obtient en agissant par la persuasion sur les accidents hystériques, avec les effets toujours lents et souvent incomplets, que les manœuvres les plus persuasives de la psychothérapie permettent parfois d'obtenir dans les cas de neurasthénie, chez les obsédés, chez les douteurs. Dans le premier cas, lorsqu'il s'agit des troubles dont il a été question au paragraphe 1, les modifications curatives se font avec une telle rapidité qu'il semble bien que la persuasion seule ait été efficace; dans le second cas, il faut compter des jours, des semaines, quelquefois des mois, pour obtenir l'amélioration et plus rarement la guérison. On peut se demander alors si l'action de la persuasion est seule responsable de ces cures. En tout cas, il me paraît très important de faire ressortir la différence qui existe entre la rapidité des bons effets de l'intervention persuasive, selon qu'on a affaire aux accidents attribués à l'hystérie ou à ceux qui relèvent des autres affections dont on vient de parler.

M. DEJERINE. — Il m'est impossible d'admettre que la plus ou moins grande rapidité de la guérison obtenue par la persuasion puisse servir de critérium pour distinguer une suggestion morbide développée chez un hystérique ou un neurasthénique. Les hystériques chez lesquels on peut faire disparaître immédiatement par persuasion une hémianesthésie, une contracture, une hémi ou une paraplégie, une astasie-abasie, se rencontrent *très exceptionnellement.* Je fais ici naturellement allusion à des malades qui jusqu'alors n'avaient

pas été soumis à ces pratiques. C'est par jours quelquefois, par semaines ordinairement, par mois souvent, qu'il faut compter pour arriver à une complète guérison des accidents. Et encore faut-il se rappeler qu'il y a des cas d'hystérie rebelles à toute persuasion pendant des années et partant plus ou moins incurables.

Par contre, chez les faux gastropathes, les faux urinaires, les faux cardiaques,etc ., si dans les cas anciens il faut souvent des semaines et des mois pour arriver à changer la mentalité du sujet — et c'est dans ces cas-là que l'isolement dans une maison de santé est absolument nécessaire, — il en est d'autres où parfois il m'a suffi d'une *seule* conversation pour orienter l'esprit du sujet dans le bon sens et pour le guérir.

M. CROCQ. — Je ne pense pas que le facteur *temps* puisse permettre d'établir une distinction ; la suggestion agit, tantôt rapidement, tantôt après un laps de temps plus ou moins prolongé. Nous avons tous connu des hystériques atteints depuis des années de paralysie et nous en avons vu guérir après des années d'insuccès. Tel procédé réussit là où tel autre échoue ; il suffit de trouver le *joint* pour obtenir ce résultat. Ce joint on peut le découvrir d'emblée, comme aussi ne le trouver que très longtemps après le début du mal. C'est ce qui fait le succès des charlatans qui possèdent l'art de « trouver le joint ». Je me rappelle un malade chez lequel je me suis évertué pendant des mois à combattre une crampe des écrivains. Las d'attendre la guérison, le patient s'adressa à Enghien à un « médecin d'urine ». Celui-ci fit son diagnostic en regardant la couleur de l'urine Il dit au malade : « Je sais ce que c'est ; voici une boîte de pilules, vous en prendrez trois par jour. » (Première influence suggestive : le sujet ne pouvait contrôler le contenu de ces pilules.) — « Quand dois-je revenir ? » demanda le patient. « Revenir ! dit le médecin. Mais vous serez guéri bien avant que vos pilules soient épuisées ! » (Seconde suggestion plus persuasive encore.) Et mon névropathe put être guéri avant d'avoir terminé son traitement. Il ne le fut pas en un jour : l'amélioration fut progressive ; ce ne fut pas un miracle, selon l'expression de M. Meige ; mais une guérison lente, après des mois d'attente, parce que mon confrère avait trouvé le « joint » que je n'avais pu découvrir.

M. G. BALLET. — J'ai été un peu surpris du rapprochement que M. Pitres a paru faire entre les accidents hystériques et les obsessions des douteurs et des phobiques.

Le traitement moral, sans doute, n'est pas sans quelque utilité chez ces derniers. Il contribue à les réconforter dans leurs angoisses et à les soulager. Mais ses résultats sont tout autres que ceux obtenus dans le cas de troubles hystériques. Alors la suggestion peut souvent faire disparaître les symptômes avec la même facilité qu'elle les a déterminés : les guérisons sont quelquefois soudaines, souvent rapides, comme l'a rappelé M. Meige. On ne voit jamais pareille chose chez les obsédés. C'est que les doutes et les phobies, — M. Pitres qui les a si bien étudiés le sait aussi bien que moi — sont de toute autre nature que les suggestions hystériques.

M. PITRES. — En prenant tout à l'heure la parole, je n'avais pas envisagé la question de temps. Il n'en est pas moins vrai qu'on peut voir des phobies se développer très brusquement tout comme des troubles hystériques. Par exemple la phobie de la rage survient parfois très brusquement à la suite d'une morsure ou même de la simple rencontre d'un chien que le sujet, à tort ou à raison, soupçonne d'être atteint de rage.

M. G. BALLET. — M. Pitres sait bien qu'en pareil cas la vue du chien n'a

pas été la vraie cause déterminante de la phobie. Elle n'a fait que rendre évidente et orienter dans une certaine direction un état psychopathique très antérieur à elle.

M. SOUQUES. — Je partage également l'avis de M. Meige et je crois que le facteur temps doit entrer en ligne de compte pour permettre de distinguer les phénomènes attribués à l'hystérie, qui, d'habitude, cèdent beaucoup plus brusquement sous l'influence d'une suggestion que les phénomènes qui relèvent de la neurasthénie, des obsessions, etc.

M. DEJERINE. — Je répète que certains cas d'hystérie mettent parfois très longtemps à guérir malgré l'emploi de la suggestion.

M. BRISSAUD. — Nous savons tous qu'il y a des phénomènes hystériques rebelles aux suggestions les plus variées et il est impossible de prévoir à l'avance avec quelle rapidité une malade guérira. Mais il est certain que la question de temps a, comme l'a dit M. Meige, une grande importance. Les troubles hystériques sont de ceux qui *peuvent* guérir subitement. Les obsédés, au contraire, ne se débarrassent jamais tout d'un coup de leur obsession sous l'influence d'une suggestion, il faut du temps, et souvent un très long temps, pour que leur obsession s'atténue ou qu'elle disparaisse, — quand elle disparaît.

M. DEJERINE. — Tout dépend de l'influence que prend sur le malade celui qui le suggestionne et des moyens de suggestion qu'il emploie.

C'est en inspirant confiance au malade qu'on le guérit, c'est-à-dire bien plus par le sentiment que par le raisonnement. C'est toujours le vieil adage: « la foi qui sauve » ou, comme l'a dit Charcot: « la foi qui guérit ».

M. Henry MEIGE. — En faisant ressortir l'importance du facteur temps en matière d'intervention persuasive je n'ai nullement voulu dire que les phénomènes hystériques étaient, *toujours* et dans *tous les cas*, immédiatement guérissables par la persuasion. Nous connaissons tous des exemples de paralysies, de contractures attribuées à l'hystérie qui persistent pendant longtemps. Mais je dis et je répète que les accidents décrits au paragraphe 1er et attribués à l'hystérie présentent ce caractère de pouvoir être dans un grand nombre de cas supprimés rapidement, ou même brusquement, par une action persuasive.

Je suis le premier à reconnaître l'action bienfaisante de la psychothérapie sur certains troubles rattachés à la neurasthénie, sur les phobies, sur les obsessions, etc., mais je maintiens que dans ces cas-là une intervention persuasive longtemps prolongée est nécessaire pour agir efficacement, quand elle agit... Cette différence de *temps* que chacun de nous a pu constater maintes fois est bien un caractère distinctif qui est loin d'être négligeable.

M. J. BABINSKI. — Le facteur « temps » a une valeur capitale au point de vue de l'appréciation du rôle que la persuation ou la suggestion a exercé ; je l'ai déjà fait ressortir autrefois et M. Meige a raison d'y insister à son tour.

Lorsqu'un neurasthénique, traité dans un sanatorium par la psychothérapie, guérit après une cure de plusieurs mois, il est impossible d'affirmer que c'est à elle qu'il faille attribuer la guérison, qui peut être simplement le résultat du repos auquel le malade a été soumis.

Quand, au contraire, la disparition d'un état morbide succède immédiatement à des pratiques de suggestion ou de persuasion, quand, de plus, on est en mesure, après l'avoir reproduit plusieurs fois par suggestion, de le faire disparaître de nouveau rapidement à l'aide du même procédé, le rôle de la suggestion devient incontestable, et c'est précisément le propre des manifestations dites hystériques d'être susceptibles de subir une pareille influence.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'importance des troubles de la sensibilité dans le diagnostic précoce du tabes (1)

par le Dr VANDERVLOET (Anvers)

Le tabes est une affection atteignant surtout le système sensible. Il n'épargne toutefois pas le système moteur mais les lésions y sont plus rares moins profondes et surtout souvent passagères.

J'ai pu observer un très grand nombre de tabétiques à tous les stades de la maladie, j'ai rencontré relativement peu de troubles moteurs si on en excepte ceux intéressant l'oculo-moteur et le domaine du nerf radial. Dans ce dernier cas il est toutefois difficile d'écarter la simple coïncidence et d'exclure la paralysie par compression se produisant pendant un lourd sommeil. Inversement on englobait autrefois beaucoup d'ataxiques sous le nom de paraplégiques jusqu'au moment où Duchenne de Boulogne démontra que ces paralytiques avaient conservé une force musculaire à peu près intacte et qu'en réalité c'était le libre contrôle de leurs mouvements qui leur faisait défaut.

Aussi longtemps que l'ataxie locomotrice était considérée comme un élément absolument nécessaire et obligatoire du tabes, le diagnostic de clui-ci n'était pas hérissé de très grandes difficultés. Mais on reconnut bientôt que l'ataxie des mouvements est loin d'être un symptôme du début et qu'il n'est pas rares de rencontrer des tabétiques où la période d'incoordination semble ne jamais devoir se produire. On les voit aller et venir comme tout le monde avec les apparences de santé parfaite. Ce sont ces cas que Charcot désignait sous le nom de frustes.

Parfois aussi nous voyons un symptôme viscéral dominer tout le tableau clinique, tous les autres senmblent rétrograder.

De là la cause de nombreuses erreurs de diagnostic, quelquefois d'interventions chirurgicales inopportunes.

Je me rappellerai toujours cette malade de Mendel qui avait subi deux opérations sérieuses, l'une sur le rein pour néphropexie, une autre sur l'estomac pour affection grave de cet organe. Or la malheureuse n'avait retiré aucun bénéfice de ces deux interventions opératoires; rien d'étonnant car elle souffrait de crises gastriques tabétiques.

J'ai connu un malade qui pour impotence a traîné dans bien des cliniques urologiques. Ici encore les traitements étaient restés sans résultat: il était atteint de tabes.

---

(1) Communication à la Société belge de Neurologie.

Un autre de mes malades dont j'ai rapporté l'histoire à la séance de la société, me consultait pour accès d'oppression.

A l'auscultation je ne pus déceler aucune trace de lésion valvulaire du cœur. Le confrère qui me l'avait adressé ne put davantage diagnostiquer de lésion cardiaque. Je trouvais des signes non équivoques de tabes incipiens et j'attribuais ces malaises à de crises du nerf vague. Deux mois après je revis le malade, les crises avaient augmenté dans de fortes proportions. Je l'ausculte et je me trouve en présence d'une véritable destruction des valvules mitrales et tricuspides. Par les soins de notre distingué confrère, le docteur Kleynens d'Anvers, le cœur fut radioscopé et nous pûmes nous rendre compte de l'existence d'un véritable *cor bovis*. J'ai montré la plaque radiographique à la séance de la Société. Le diagnostic du tabes nous permit de rapporter cette grave affection cardiaque à la syphilis. Depuis lors j'ai lu dans la *Deutsche Medizinische Wochenschrift* une communication intéressante sur la grande fréquence des lésions du cœur dans le tabes et sur le rapport intime entre ses deux affections.

De ce qui précède il résulte la nécessité de dépister à temps le tabes. Or nous trouvons dans les troubles de la sensibilité un adjuvant précieux pour nous mettre sur la voie du diagnostic.

Ces troubles sont extrêmement variés. On a parlé d'aphalgésie, d'hyperesthésie relative, de métamorphose des sensations, etc. Je ne veux les décrire ici en détail. Je désire signaler surtout ceux qui nous intéressent à la première période de l'affection.

Il existe souvent une zone hyperesthésique dans la région intermammaire, c'est-à-dire dans cette région s'étendant de la troisième à la sixième côte. J'y promène un pinceau très fin, le malade ne perçoit pas tous les attouchements. Il importe avant de conclure de bien fixer l'attention du malade. Nous savons tous que ces examens sont pénibles. J'ai pour habitude de demander à la personne examinée de désigner le point touché. Il sera aussi très pratique de toucher de temps à autre un point en dehors de la zone objet des recherches.

L'hyperesthésie de la région intermammaire est un signe précieux. Oppenheim y attache la plus grande importance. Avec les troubles des organes de la vision notamment le ptosis et la diplopie, il diagnostique le tabes oculaire surtout si la ponction lombaire donne des résultats positifs.

Deux autres régions nous intéressent encore pour la recherche les anomalies de la sensibilité ; ce sont la face externe de la cuisse, la face interne de la jambe et du pied où il se développe rapidement une analgésie étendue. Elle est souvent symétrique.

Tandis que le malade perçoit les moindres attouchements, il ne sent pas l'aiguille qu'on passe à travers la peau ; parfois l'intervalle

de temps s'écoulant entre le moment où a lieu la piqûre et celui où la sensation douloureuse est perçue est beaucoup plus considérable que chez les individus sains. Ce phénomène, c'est-à-dire le retard des sensations, s'observe à mon avis assez souvent chez les tabétiques.

Je désire encore signaler un autre symptôme appartenant aux signes précoces tabétiques, c'est celui de Piernacki. La compression du nerf cubital produit chez les personnes saines une sensation d'engourdissement dans les deux derniers doigts; cette sensation fait défaut en cas de tabes.

Déjerine a décrit une hyperesthésie très tenace dans la région thoracique; elle peut être telle que les malades ne supportent pas le contact de la peau avec la chemise.

Faisons enfin remarquer la fréquence de la douleur en ceinture à la région thoracique.

J'ai l'honneur de présenter en ce moment à la séance de ce soir cinq malades servant de démonstration. Je ne les ai pas choisis expressément, je les ai pris au hasard, certains d'entre eux n'ont pas encore subi d'examen complet.

Le premier est un nommé B... Il y a 11 ans, syphilis.

Son affection a débuté par des douleurs rhumatismales et de la diplopie. En ce moment le tabes est avéré et appartient à la période ataxique.

Les troubles de la sensibilité dans le sens indiqué plus haut, c'est-à-dire des trois zones, se vérifient complètement.

Deuxième cas. Femme G..., repasseuse, mariée, sans enfants, fausse-couche il y a quelques années; se plaint de douleurs rhumatismales : absence de douleurs fulgurantes.

Examen objectif: réflexes rotuliens conservés, réflexes achilléens abolis, ptosis à droite, signe d'Argyll-Robertson à droite, vision normale, fond de l'œil normal (pour les 2 yeux), absence d'ataxie.

Troubles de la sensibilité positifs.

Troisième cas. Femme Th..., se plaint des fortes douleurs dans les jambes.

Examen objectif: réflexes rotuliens conservés; un seul réflexe achilléen aboli, pupilles inégales, signe d'Argyll-Robertson, fond oculaire normal (pour les 2 yeux). Absence d'ataxie.

Troubles de la sensibilité positifs.

Quatrième cas. Femme Schm..., mariée, un enfant mort-né, trois morts en bas-âge, deux en vie.

Elle se plaint de monter et de descendre difficilement les escaliers.

Romberg positif. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens, yeux normaux, tout au plus réaction pupillaire à la lumière un peu faible.

Troubles de la sensibilité positifs.

Cinquième cas. L... Marche péniblement, se traîne et accuse des douleurs dans les deux jambes s'irradiant de haut en bas.

Les réflexes tendineux, sauf le rotulien à gauche, sont abolis. Les yeux normaux. Troubles de la sensibilité indiquant la présence d'un tabes.

Plusieurs confrères croient à une sciatique. Je relève dans l'anamnèse des crises gastriques et de l'incontinence d'urine. Les yeux sont normaux.

A remarquer que la force motrice globale est intacte.

En raison de l'anamnèse et des troubles de la sensibilité, je persiste à admettre le tabes. Les douleurs dans les membres inférieurs sont des phénomènes hystériques superposés.

L'observation ultérieure de la malade m'a donné raison, car un traitement galvanique suggestif, répété trois fois, a fait disparaître ces manifestations douloureuses.

Chez les deux premiers malades nous trouvons des symptômes non équivoques du tabes avéré ; chez tous les autres il n'en fut pas ainsi. Chez deux d'entre eux le signe de Westphal fait défaut. Nous ne trouvons des douleurs fulgurantes nettement accusées que dans un cas.

Il fallait une anamnèse très précise et surtout la recherche minutieuse des troubles de la sensibilité pour nous orienter dans la voie du diagnostic et nous engager à adresser nos malades à un oculiste.

Chez tous les résultats de l'examen ophtalmologique dissipèrent toutes les doutes; à l'exception du dernier cas.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 14 mai 1908. — Présidence de M. KLIPPEL

Sixième question (*suite*)

M. DEJERINE. — La pathologie nerveuse fourmille d'exemples de sujets, qui, rendus malades par la suggestion et guéris par la persuasion, ne sont nullement de ce fait des hystériques. Prenons un exemple des plus communs, un sujet rentrant dans la classe de ces malades que j'ai désignés sous le nom de « faux gastropathes » et qui représentent certainement 90 pour 100 des sujets atteints d'affections dites stomacales. Ici la gastropathie est produite par la suggestion du médecin traitant. Voici en effet comment les choses se passent. A la suite d'un choc moral quelconque un sujet, jusque-là bien portant, commence à éprouver des troubles digestifs. Il n'y a là rien que de très ordinaire et c'est un proverbe populaire bien connu de toute antiquité, qu'un individu qui a des chagrins, des soucis, digère mal. Ce dyspeptique va consulter un médecin qui, neuf fois sur dix, lui affirme qu'il a l'estomac malade, que c'est cet organe plus ou moins distendu qu'il faut soigner. Il pratique chez lui le repas d'épreuve, l'analyse du suc gastrique et termine sa consultation en lui prescrivant un régime plus ou moins sévère et une médication plus ou moins appropriée. Et tout cela sans jamais s'enquérir de l'état mental de son sujet, des conditions psychiques qui ont amené ces troubles dyspeptiques. A partir

de ce moment, la suggestion est effectuée, l'idée d'une altération de ses fonctions digestives hante perpétuellement l'esprit du patient et c'est ainsi que se constitue de toutes pièces une véritable psychose.

Eh bien, chez ces sujets qui sont des neurasthéniques, c'est par suggestion médicale que l'idée d'une affection stomacale est entrée dans leur cerveau, et c'est par la persuasion, c'est-à-dire en leur disant et en leur prouvant le contraire de ce qui leur a été dit jusqu'ici par leurs médecins, qu'on arrive à les guérir dans une proportion telle qu'on peut dire que l'on ne compte pas d'insuccès. Certes quelquefois la cure est longue et difficile, le courant d'habitudes acquises et de fausses interprétations de sensations est souvent très fort, mais avec de la patience et surtout lorsqu'on a inspiré confiance au malade, le succès couronne toujours les efforts. Souvent on est obligé, vu la gravité de leur état général, d'isoler ces sujets dans une maison de santé, mais la chose n'est pas toujours nécessaire et j'ai vu plus d'une fois des sujets débarrassés complètement et pour toujours de tous leurs troubles digestifs après quelques entretiens psychothérapiques, parfois même après un seul.

Voici donc un exemple d'affection produite par suggestion et guérie par persuasion dans laquelle il n'y a pas lieu de faire intervenir l'hystérie, bien qu'ici l'affection ait été produite par suggestion et guérie par persuasion. Et ce que je viens de dire pour les faux gastropathes, s'applique également à ces faux entéropathes, à ces faux cardiaques, à ces faux urinaires, méconnus et traités pour une affection organique.

Et je ferai remarquer en terminant que chez tous ces sujets, à fond neurasthénique, la persuasion réussit autrement bien que chez l'hystérique; ce dernier, en effet, d'après mon expérience personnelle, obéit beaucoup mieux à la suggestion, à ce que j'appellerais volontiers la manière forte, qu'à la persuasion proprement dite qui s'appuie, elle, sur le raisonnement.

M. BABINSKI. — Je répondrai qu'il n'est pas légitime d'opposer à l'hystérie les fausses gastropathies et les pseudo-affections urinaires, états qui dépendent de maladies diverses, organiques (tabes, par exemple) ou fonctionnelles, et qui peuvent être, dans certains cas, des manifestations de l'hystérie (troubles du paragraphe 1er). Sur quoi se fonde-t-il donc pour affirmer que les faux gastropathes et les faux urinaires qu'il a e nvue ne sont pas des hystériques?

M. DEJERINE. — Je ne regarde pas ces malades comme hystériques, parce que l'état mental chez eux est complètement et totalement différent de celui que l'on observe chez l'hystérique. L'hystérique, en effet, quelle que soit l'intensité des symptômes qu'il présente, s'en inquiète fort peu et le plus souvent pas du tout. Je n'ai pas encore vu jusqu'ici un hystérique hémiplégique, paraplégique, astasique-abasique, contracturé, anesthésique, anorexique, etc., véritablement inquiet de son état, et c'est même, en général, tout le contraire que l'on observe. Combien, par contre, est différent l'état mental d'un neurasthénique devenu par suggestion médicale un faux gastropathe, un faux urinaire, un faux cardiaque, etc., etc. Ce sont là des sujets qui souffrent toujours beaucoup, parfois même énormément de leur état, qui y pensent constamment, qui sont hantés d'idées d'incurabilité, qui voient leur avenir compromis irrémédiablement. L'état mental dans les deux cas est absolument différent, et cet état mental si particulier *suffit à lui seul* pour distinguer complètement l'un de l'autre, l'hystérique suggestionné du neurasténique également suggestionné.

M. J. BABINSKI. — Je sais parfaitement qu'un grand nombre de sujets atteints d'hystérie (troubles du paragraphe 1) ne se préoccupent que fort peu de leur mal et j'ai moi-même insisté ailleurs sur cette indifférence qui est commune à bien des hystériques, mais qui ne peut être considérée comme un trait

qui les distingue, car, d'une part, il y a des hystériques (sujets atteints de troubles indiqués au paragraphe 1) qui semblent très affligés de leur état et que, d'autre part, il y a des malades présentant des affections organiques graves de système nerveux qui acceptent leur sort avec insouciance.

Et si, comme je le suppose, M. Dejerine admet la possibilité d'une association de l'hystérie à la neurasthénie, comment s'y prend-il pour distinguer les troubles pithiatiques hystériques associés à la neurasthénie d'avec les troubles pithiatiques qui feraient partie intégrante de la neurasthénie?

A-t-on jamais vu guérir par la seule persuasion ou suggestion un cas de neurasthénie bien caractérisé, semblablement à ce qu'on observe dans l'hystérie (accidents du paragraphe 1, attaques, contractures, etc.)? Assurément non. Dès lors, il est plus logique d'admettre que dans les faits dont M. Dejerine nous a entretenus, il s'agit d'association de troubles hystériques (phénomènes du paragraphe 1) à la neurasthénie et que ce sont exclusivement les phénomènes hystériques qui ont été guéris par la seule persuasion.

M. DUPRE. — Parmi les faux gastropathes du docteur Dejerine, comme parmi les faux urinaires du docteur Guyon, on doit reconnaître, à côté des neurasthéniques et des hystériques, les sujets atteints de troubles cœnesthéniques, — les *cœnesthopathes*, comme j'ai proposé de les appeler, les hypochondriaques, les obsédés, les nosophobes, enfin les sujets qui souffrent à la fois de troubles nerveux et de lésions gastriques, chez qui l'épine gastrique provoque des réactions exagérées du côté du cerveau, et qu'on peut appeler des *psychogastropathes*, parce qu'ils sont à la fois des psychiques et des gastriques.

Cette légion de faux gastropathes comprend les malades auxquels le docteur Dejerine applique avec tant de succès sa cure psychothérapique : c'est-à-dire des hystériques, justiciables de la seule persuasion, des neurasthéniques, justiciables du repos, de l'isolement, de la cessation de cures de régime et de médicaments nuisibles, et auxquels également convient la psychothérapie. Mais les autres faux gastropathes .les obsédés, les phobiques, les hypochondriaques, etc., auxquels la suggestion n'apporte aucun bénéfice appréciable, n'appartiennent pas, au point de vue de la discussion actuelle, à la famille des gastropathes hystériques : et le problème qui se pose ici est précisément la distinction, dans la foule des faux gastropathes, des sujets relevant uniquement de la cure pithiatique et des autres.

M. DEJERINE. — Les faux gastropathes dont je parle sont des neurasthéniques. Ils en ont l'état mental, qui ne peut être confondu ave ccelui des hystériques et ils n'en ont pas les stigmates.

M. H. MEIGE fait remarquer que l'on s'écarte de la question; celle-ci se pose nettement :

En dehors de l'hystérie, existe-t-il d'autres états morbides où l'on observe des troubles présentant le caractère distinctif indiqué au paragraphe 1er, savoir : de pouvoir être exactement reproduits par la suggestion et de pouvoir disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion?

Pour répondre à cette question, il suffit de signaler une ou des maladies dans lesquelles on constate des troubles présentant le caractère indiqué ci-dessus.

Or, on vient de parler de la maladie du doute, des obsessions, des phobies, de la neurasthénie, de la psychasténie; et parmi les orateurs, les uns n'admettent pas que les troubles observés dans ces différentes affections soient les mêmes que ceux qui ont été caractérisés au paragraphe 1er; les autres n'ont pas répondu à la question. Elle est pourtant bien nette : Est-ce que dans la maladie du doute, dans les obsessions, dans les phobies, dans la neurasthénie, dans

la psychasténie, on retrouve des troubles présentant exactement les mêmes caractères que ceux désignés au paragraphe 1 ? Peut-on citer d'autres états morbides où l'on observe ces mêmes troubles ? Quels sont ces états morbides ? S'ils ont un nom, qu'on les nomme !

M. PITRES. — Les questions qu'on nous pose sont quelque peu tendancieuses et l'on semble chercher à nous contraindre à répondre, par des négations ou des affirmations formelles, sur des points au sujet desquels nous n'avons pas et ne pouvons avoir d'opinion arrêtée. On nous demande par exemple d'indiquer des *états définis* dans lesquels on observe les troubles désignés au paragraphe 1.

Mais nous sommes à peu près aussi mal fixés sur la définition et les limites de la neurasthénie et de la psychasténie que sur celles de l'hystérie. Et en dehors des cas typiques qui appartiennent sûrement à l'une et à l'autre de ces névroses, il existe une foule de phénomènes névropathiques aberrants, tels que les tics, les spasmes fonctionnels, les syndromes viscéraux *sine materia*, etc., dont nous ignorons encore complètement la nature et la signification nosologique. En limitant la discussion aux *états définis*, on la rend impossible, car c'est précisément dans le groupe de faits cliniques, dont le classement est incertain, qu'on a des chances de rencontrer des exemples de pithiatisme en dehors de l'hystérie.

M. Crocq nous citait, il y a quelques instants, le cas d'un malade atteint de crampe des écrivains qui guérit rapidement sous l'influence de la suggestion. Il pense qu'il s'agissait là d'un syndrome hystérique simulateur de la vraie crampe des écrivains. Je veux bien le croire aussi. Néanmoins, pour que cette conclusion fût absolument légitime, il faudrait qu'il fût bien démontré que toutes les crampes des écrivains, sauf celles qui dépendent de l'hystérie, sont absolument inaccessibles aux interventions psychothérapiques ; et cette démonstration n'est pas faite. J'ai publié naguère l'observation d'un malade atteint de torticolis spasmodique, qui, après avoir résisté à toutes sortes de traitements médicaux et chirurgicaux, a disparu sous l'influence des manœuvres brutales d'un sorcier de village. Cela ne me parait pas suffisant, en l'absence d'autres raisons, pour affirmer la nature hystérique de ce spasme.

Les faux gastropathes, dont parlait tout à l'heure M. Déjerine, me rappellent de nombreux malades plus ou moins analogues que je n'ai pu, malgré une observation rigoureuse, placer dans tel ou tel groupe défini. Et ce n'est pas parce que la plupart de ces malades guérissaient après un simple gavage que je me croirais en droit de les considérer comme des hystériques.

M. CROCQ. — Je corrobore l'impression émise par M. Pitres : on nous accule, on nous oblige à ne parler que du pithiatisme et à laisser dans l'ombre la question de l'hystérie ! On cherche à nous faire déclarer que le pithiatisme se résume dans l'hystérie et parce que nous cherchons à prouver que les deux termes ne sont pas tout à fait analogues, on nous demande de définir l'hystérie. Nous reconnaissons que l'hystérie ne peut être définie nettement par les données que nous possédons aujourd'hui, mais nous ne nous croyons pas pour cela obligés de nous rallier è une interprétaiton que nous considérons comme incomplète.

M. J. BABINSKI. — Il me paraît difficile de soutenir que l'on ait cherché à imposer à quelques-uns de nos collègues, par des questions tendancielles, des réponses qui n'auraient pas traduit leur pensée. Dans la dernière séance, par exemple, je me rappelle avoir instamment prié M. Pitres de nous faire connaître son opinion sur la genèse de l'anesthésie hystérique. Ne lui a-t-il pas été permis d'exposer librement ses idées ? N'a-t-il pas été convenu que chacun de

nous serait en droit de soumettre à la discussion de la Société les questions dont il désirerait qu'on s'occupât spécialement? En ce qui concerne les cas mal classés dont parle M. Pitres ,je reconnais avec lui qu'il y a effectivement bien des malades sur lesquels on ne peut mettre une étiquette précise, mais il n'en manque pas d'autres aussi qui sont susceptibles d'être nettement catalogués, et ce sont des faits de ce genre qu'il faut choisir pour se former une opinion sur le rôle que la suggestion ou la persuasion exerce sur telle ou telle maladie.

Enfin, ainsi qu'on l'a fait remarquer, il est nécessaire, si l'on veut continuer à discuter avec fruit, que l'accord soit établi sur le sens que l'on devra donner dorénavant au mot *hystérie*, ou tout au moins que nous sachions le sens que chacun de nous prête à ce terme.

Vous connaissez la définition que j'ai proposée. Ceux qui ne l'acceptent pas doivent nous en proposer une autre. Cette anticipation sur la question qui avait été réservée pour la fin de notre discussion, devient indispensable si nous voulons éviter de retomber dans la confusion dont nous commencions à sortir.

Je veux encore ajouter que, selon moi, les définitions que l'on soumettrait ne devraient être prises en considération que si elles étaient fondées, non sur des propriétés hypothétiques dont la réalité ne peut être démontrée, mais sur des caractères positifs susceptibles de vérification.

Huitième question

Faut-il conserver le mot Hystérie?
Si oui, à quels troubles faut-il l'appliquer?
Faut-il le réserver seulement aux phénomènes désignés au paragraphe 1er? — Ou l'appliquer à d'autres phénomènes encore?

M. CLAUDE. — Il me paraît essentiel ,si l'on veut donner une définition de l'hystérie, de discuter auparavant les relations qui existent entre l'émotion et les phénomènes rattachés à la suggestion. Le point capital, à mon avis, a été négligé jusqu'à présent dans cette discussion : il s'agit de savoir si les phénomènes relatés au paragraphe 1 ne peuvent être causés par d'autres facteurs que la suggestion. S'ils sont réalisés notamment par l'émotion, ces phénomènes que nous nous accordons à dénommer hystériques ne sont pas définis par la doctrine du pithiatisme.

M. DEJERINE. — Pour moi, je considère l'émotion, de quelque nature qu'elle soit, comme jouant un rôle unique dans la genèse d'un grand nombre d'accidents hystériques.

M. Henry MEIGE. — M. Claude a parfaitement raison de demander que la discussion s'engage sur le rôle respectif de l'émotion et de la suggestion. C'est la question soulevée au paragraphe 7 et c'est celle qu'on devrait discuter maintenant; mais on a demandé qu'il soit procédé d'abord à la discussion de la question 8.

M. CROCQ. — La question 8 me paraît mal posée : il ne s'agit pas aujourd'hui de nous obliger à définir l'hystérie, mais bien de savoir s'il faut supprimer le terme d'hystérie et le remplacer par celui de pithiatisme. A la question ainsi posée, je n'hésite pas à répondre : il est préférable de conserver le mot hystérie.

Vouloir remplacer le mot hystérie par celui de pithiatisme me paraît être une tentative analogue à celle que fit Duchenne (de Boulogne) lorsqu'il chercha à dénommer *ataxie locomotrice* l'affection appelée par Romberg du nom de *tabes dorsalis.* Le mot *tabes* (consomption dorsale) n'avait aucune signification précise; il valait mieux que celui d'ataxie locomotrice, qui désignait

une partie seulement des symptômes de la maladie; aussi est-il aujourd'hui universellement accepté en raison même de son imprécision. Il doit en être de même, je crois, en ce qui concerne la névrose qui nous occupe : le mot hystérie n'ayant plus qu'une valeur historique, n'impliquant aucune idée pathogénique, me paraît supérieur à celui de pithiatisme; le pithiaitsme n'est qu'une partie de l'hystérie comme l'ataxie n'est qu'une partie du tabes; il y a du pithiatisme en dehors de l'hystérie, comme il y a de l'ataxie en dehors du tabes. Je conviens que la part qui revient aux manifestations pithiatiques est énorme, que ces manifestations sont impressionnantes, qu'elles paraissent dominer la scène; mais il n'en est pas moins vrai que l'hystérie ne se résume pas uniquement dans le pithiatisme.

M. J. BABINSKI. — M. Crocq vient de dire que le mot *hystérie* a sur celui de *pithiatisme* l'avantage d'avoir un sens vague. Je retiens cet aveu qui explique peut-être la divergence dans nos opinions, car ce qui me semble surtout désirable, c'est de sortir du vague et de donner de la précision aux idées.

M. BRISSAUD. — Je ne vois pas pourquoi M. Crocq se refuse à admettre le mot de *pithiatisme* sous prétexte que ce terme ne comprend qu'une partie des troubles qualifiés d'hystériqus. En science, il y a toujours avantage à limiter le sens des mots. Et lorsque M. Crocq déclare que les troubles dits hystériques sont sous la dépendance d'une hyperimpressionnabilité phénoménale, croit-il avoir défini par cela le terme d'*hystérie?*

M. VOGT. — M. Babinski, voulant éviter les interprétations pathogéniques, refuse de tenir compte dans sa définition des théories psychologiques de l'hystérie. Or, il ne me paraît pas possible de définir l'hystérie sans faire intervenir le facteur psychologique dont elle dépend. De même qu'on ne peut définir la diphtérie sans indiquer son agent pathogène, de même on ne peut définir l'hystérie sans envisager son étiologie psychologique.

M. J. BABINSKI. — Je ferai observer à M. Vogt que l'on définissait la diphtérie, la fièvre typhoïde, avant de connaître les bacilles qui sont les agents de ces maladies. Quand on les a découverts on a été en mesure d'ajouter aux attributs cliniques et anatomiques de ces affections un nouveau caractère distinctif d'ordre bactériologique qui complète les anciennes définitions sans se substituer à elles. Si les sujets atteints des troubles que j'appelle pithiatiques avaient un état mental qui leur fût propre on aurait là un caractère qui, étant distinctif du pithiatisme, devrait faire partie de sa définition. Mais qu'on nous dise en quoi consiste cet attribut.

M. DUFOUR. — Le terme de pithiatisme a, à mes yeux, l'inconvénient de dénommer plutôt un syndrome qu'une maladie, de ne pas englober dans son appellation ces faux troubles trophiques, qui évoluent chez des individus de même espèce que ceux relevant du pithiatisme. Il prête aussi, selon moi, à cette critique, qu'en l'acceptant, nous allons dénommer une maladie d'après les relations qui unissent le malade au médecin ou plus généralement au guérisseur employant, en ce faisant, plus une appellation thérapeutique qu'une appellation étiologique.

Un premier point me semble acquis : à savoir que toutes les manifestations, que nous avons étudiées jusqu'ici, révèlent un état psychique spécial, morbide assurément, puisque anormal. Je proposerai donc comme premier terme de ma définition celui de *peychose.*

J'envisagerai maintenant le deuxième côté de la question.

Si l'on considère, en dehors de toute influence exercée par le médecin, les symptômes dits trophiques (faux troubles trophiques, fausses contractures, fausses paralysies, etc.), on est frappé de la façon, toujours à peu près iden-

tique, dont se fait leur éclosion et leur installation plus ou moins prolongée.

Ils résultent tous d'une *imitation*, véritable besoin morbide du sujet à reproduire, à imiter ce qu'il a vu ou ce qu'il voit autour de lui.

Partout, toujours on retrouve l'imitation, la reproduction d'un état morbide par besoin d'imitation, résultant d'une maladie du cerveau. Aussi je propose d'ajouter au terme de psychose celui d'imitation et de définir l'hystérie par la caractéristique de ses symptômes sous le nom de *psychose d'imitation*.

Ce faisant nous en reviendrons à une conception ancienne mais très juste qui émane de Sydenham. « L'hystérie, dit-il, variable dans ses formes, ses manifestations, se montre sous une infinité d'aspects divers, et *imite* presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain. » Ce terme a en outre, à mon sens, l'avantage de bien indiquer la part de volonté, qui entre dans la constitution du symptôme.

Il permet de comprendre le rôle de la suggestion ou auto-suggestion du pithiatisme, de la mythomanie comme facteurs nécessaires des expressions symptomatiques de cette psychose.

Il nous donne aussi la raison des bons effets de l'isolement, qui, seul, agit si bien comme agent thérapeutique, en soustrayant le sujet aux mauvais exemples qu'il trouve dans son entourage. Il marque enfin une séparation entre cette psychose et la pure simulation, car il sous-entend chez le psychopathe imitateur un tout autre état mental primordial que chez le simulateur.

Si l'on trouve des phénomènes d'imitation, comme d'ailleurs de suggestion dans la démence précoce avec catatonie, dans la catalepto-catatonie, ces deux maladies sont tellement loin de notre psychose qu'il n'est pas possible de les confondre.

L'objection qu'on en pourrait tirer contre ma définition n'est pas pour me déplaire, car la présence de phénomènes d'imitation dans la démence précoce confirme cette opinion que l'imitation relève dans certains cas d'un état pathologique cérébral, d'un psychisme anormal, et justifie mon appellation de *psychose d'imitation*.

M. J. BABINSKI. — Il est indiscutable que l'imitation joue dans la genèse des phénomènes hystériques (troubles du paragraphe 1er) un rôle extrêmement important. Il n'est pourtant pas permis de soutenir que les manifestations hystériques aient toujours l'imitation pour cause. On est seulement en droit de dire qu'elles sont susceptibles d'être reproduites par imitation, mais cette idée est contenue dans ma définition, car dans les faits que M. Dufour a en vue l'imitation peut être considérée comme une forme de la suggestion.

M. G. BALLET. — Puisque se pose la question de la définition de l'hystérie, il me semble qu'en l'état actuel des choses il n'est pas possible de la donner.

Pouvons-nous nous faire l'illusion de penser que quand nous aurons isolé sous une appellation quelconque, ancienne ou nouvelle, le groupe de symptômes dont il s'agit, nous aurons notablement fait avancer la question qui nous préoccupe maintenant? Je ne le crois pas, et pour les raisons suivantes :

D'abord ce groupe d'accidents est déjà dénommé : il comprend en effet les troubles désignés depuis toujours sous le nom de *troubles par suggestion;* la discussion présente aura eu pour avantage de montrer qu'il faut en élargir le cadre en y rattachant des symptômes qui ont été pendant longtemps considérés comme étant d'autre nature (stigmates, etc.).

Mais les faits qu'il renferme ne me paraissent pas tous rentrer dans le cadre de ceux que l'on a pris l'habitude d'appeler hystériques. Le groupe des phénomènes suggestifs déborde par un côté, celui des troubles hystériques; peut-on en effet considérer comme hystérique l'enfant pris au hasard chez lequel un

magnétiseur professionnel va déterminer une contracture, ou une attitude forcée, ou l'étudiant en médecine qui, à la lecture d'un traité de pathologie, acquerra la conviction qu'il est atteint de l'affection dont il veint de lire la description ? On ne le pourrait faire qu'en étendant démesurément le domaine de la mentalité hystérique : il y faudrait faire rentrer au moins la mentalité infantile.

Ce qui me parait caractériser l'état hystérique, c'est beaucoup moins le trouble suggéré en lui-même, que la modification psychique, pour une bonne part au moins, à mon sens, d'ordre émotif, qui crée une aptitude particulière à la suggestibilité.

Voici un manœuvre de 40 ans, qui n'est certes pas inaccessible à toute suggestion, mais qui n'est susceptible de la recevoir et d'y obéir que dans la faible mesure où la reçoit et y obéit un homme de son âge et de son intellectualité. Or, ce manœuvre est victime d'un accident et en quelques jours voilà sa mentalité transformée : on va, chez lui, pouvoir provoquer avec la plus grande facilité, avec une déplorable facilité, des paralysies, des idées fixes, des anesthésies. C'est cet état mental nouveau qui constitue à proprement parler l'hystérie : c'est lui qu'il s'agit d'analyser, de caractériser. Tant que nous ne l'aurons pas fait, nous aurons peut-être précisé les caractères des accidents hystériques, — et ce sera bien quelque chose, mais nous n'aurons délimité ni défini l'hystérie.

M. DEJERINE. — Dans beaucoup de cas d'hystéro-traumatisme, on ne peut, à mon avis, faire intervenir l'auto-suggestion dans la pathogénie des accidents. Le cas suivant que je choisis parmi bien d'autres que j'ai observés, me paraît suffisamment démonstratif. Il concerne un homme d'une haute valeur scientifique, camarade d'internat de plusieurs d'entre nous, d'une constitution athlétique et d'un courage à toute épreuve. Professeur dans une université de province, il venait souvent à Paris pour les séances de l'Académie de médecine dont il faisait partie. Un jour, le train où il se trouvait fut tamponné dans une gare par un train-tramway. Projeté par la violence du choc sur la paroi opposée du compartiment, il eut une contusion très légère de l'hypocondre droit. Quelques jours après, il présentait l'état que l'on observe dans l'hystéro-neurasthénie traumatique, et, lorsqu'il vint me voir à Paris, je constatai chez lui les symptômes suivants : hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche complète et totale, avec rétrécissement punctiforme du champ visuel, — examen oculaire pratiqué par notre collègue, le professeur de Lapersonne. Il n'existait presque pas d'affaiblissement musculaire du côté anesthésié. Le moral était profondément modifié, et cet homme qui, je le répète, était le courage personnifié, n'était plus reconnaissable. Emotif à l'excès, pleurant pour un rien, complètement aboulique, il présentait, en d'autres termes, cet état mental bien connu que l'on observe dans la neurasthénie d'origine traumatique. Il existait donc chez lui ce qui, on le sait, est des plus fréquents dans ce cas, un état très marqué d'hystéro-neurasthénie. L'affection mit cinq mois avant d'arriver à la guérison, et cette dernière fut complète, absolue, car ce collègue put reprendre son enseignement, ses occupations de clientèle, ses exercices de sport, comme si rien ne lui était jamais arrivé. Deux ans après, il succombait à une attaque d'angine de poitrine.

Eh bien, dans un cas comme celui-là, quelle part peut-on faire à la suggestion dans la pathogénie des accidents ? Je n'en vois pour ma part aucune, et bien des fois j'essayai, sans y réussir du reste, de le persuader que les troubles sensitifs qu'il présentait pouvaient disparaître sous l'influence de la volonté. Je dois dire également que j'eus beau l'interroger maintes et maintes fois sur la manière dont il croyait que ces accidents s'étaient produits chez lui, je ne pus jamais arriver à en éclairrer le mécanisme. Je tiens à faire remarquer, à cet égard, que cet homme, qui était médecin, était mon ami intime, que je con-

naissais sa vie comme la mienne, et que, par conséquent, il ne pouvait être question de réticences entre nous. Il me répondait toujours : « Je ne sais pas du tout comment tout cela m'est arrivé, je me rappelle seulement qu'après le tamponnement du train, je me suis trouvé sur le quai avec une sensation terrible de « bing » — c'est-à-dire de vibration — dans les oreilles, et je ne me rappelle de rien d'autre. »

M. CROCQ. — Il y a dans l'hystérie, indépendamment de l'hypersuggestibilité, une hyperimpressionnabilité très marquée et une diminution du contrôle cérébral. L'hystérie est un état psychopathologique constitutionnel, que Claude appelle une diathèse et que Schnyder caractérise du nom de brisure dans le développement de la mentalité. Ces facteurs importants ne sont pas contenus dans le terme pithiatisme. Guérit-on l'hystérie par la persuasion ainsi que l'indique ce mot ? Je ne le pense pas : on fait disparaître certaines manifestations de la névrose sans toucher à son essence même, à son fond spécial, à son état mental particulier : les phénomènes pithiatiques disparaîtront, mais l'hystérie persistera.

J'ai défini l'hystérie : « un état psycho-pathologique caractérisé par l'hyperimpressionnabilité, la diminution du contrôle cérébral et l'hypersuggestibilité ». (Voir *Journal de Neurologie*, 20 avril 1907.) Je ne me dissimule pas l'imprésision de cette définition, mais j'avoue préférer son imperfection à une schématisation prématurée.

M. J. BABINSKI. — Je rappelle que définir un objet c'est énoncer les attributs qui le distinguent. En admettant que l'hystérie, comme le dit M. Crocq, soit un état psychopathologique constitutionnel on n'aurait encore pas là un caractère propre à définir l'affection qui nous occupe, car on peut l'appliquer à des affections bien cataloguées et qu'il ne vient à l'idée de personne de ranger dans le cadre de l'hystérie (maladie du doute, neurasthénie constitutionnelle). On peut en dire autant de l'hyperimpressionnabilité qui n'est pas, tant s'en faut, un caractère spécifique.

M. PITRES. — M. Ballet pense que nous ne pouvons donner de l'hystérie qu'une définition clinique. C'est aussi mon avis.

Certes, il serait désirable de pénétrer le mécanisme psychologique qui crée l'état hystérique, mais il faut reconnaitre que nos connaissances à cet égard sont encore très incertaines.

Les théories psychologiques diverses que l'on a proposées pour expliquer l'état mental des hystériques, après avoir eu leur heure de succès, ont soulevé depuis de telles objections qu'elles ne peuvent servir de bases à une définition.

Quant à la définition vers laquelle tend le questionnaire, définition d'après laquelle l'hystérie serait réduite aux phénomènes dits pithiatiques, je ne puis consentir à l'admettre, parce que le pithiatisme m'apparait comme un grand syndrome, existant, il est vrai, chez beaucoup d'hystériques, mais non chez tous, et se retrouvant par contre chez d'autres malades. On en viendrait alors à distinguer un pithiatisme hystérique, un pithiatisme neurasthénique, etc. Je ne vois pas les avantages de cette terminologie qui n'implique aucune conception nouvelle de l'hystérie.

Tous les phénomènes qui ont été examinés successivement dans le cours de la discussion nous sont connus de longue date. J'admets qu'il est utile de réviser une partie des études relatives aux troubles hystériques et qu'il sera désormais nécessaire de se montrer plus circonspect et plus défiant dans l'examen de certains accidents, en particulier les troubles vaso-moteurs et les œdèmes. Mais il n'y a pas lieu pour cela d'abandonner la définition classique de l'hystérie.

M. J. BABINSKI. — M. Pitres a-t-il bien exprimé sa pensée en déclarant que rien de nouveau ne s'est dégagé de la campagne entreprise contre l'hystérie traditionnelle ?

Il suffit de lire le compte rendu de la dernière séance pour constater le contraire.

J'en reviens à la question de définition.

Est-il nécessaire, comme certains le pensent, de connaître un objet d'une manière parfaite pour le définir ? En aucune façon. Par cela même qu'un objet peut être distingué de ceux qui l'environnent, il est déjà susceptible d'une définition, qui consistera dans l'énonciation des caractères qui ont permis de le distinguer.

M. Pitres, et en cela je suis d'accord avec lui, dit que l'hystérie ne peut être définie actuellement que par des caractères cliniques. Mais ceux que M. Pitres a indiqués (ne pas être sous la dépendance d'une lésion, ne pas retentir gravement sur la nutrition et l'état mental, etc.) appartiennent aussi, comme je l'ai fait observer ailleurs, à des états qui, de l'avis unanime, sont indépendants de l'hystérie et ne peuvent par conséquent servir à définir cette névrose.

M. BRISSAUD. — On nous a accusé, il y a quelques instants, de chercher à étouffer la discussion. En réalité, quelques collègues se trouvent peut-être gênés par le questionnaire parce qu'il nous force à préciser la valeur des termes que nous employons. Certains veulent conserver ce mot d'hystérie dont personne n'a pu donner une définition ; dans ces conditions, comment pourrons-nous nous entendre ? Il est absolument nécessaire de connaître le sens des mots employés.

Nous sommes tous d'accord pour admettre l'existence de phénomènes pithiatiques. Or, tout à l'heure ,on a parlé de phénomènes pithiatiques hystériques et de phénomènes pithiatiques neurasthéniques ; en énonçant qu'il y a des phénomènes pithiatiques hystériques et des phénomènes pithiatiques neurasthéniques, on admet une différence entre ce qui est hystérique et ce qui est neurasthénique dans ces phénomènes pithiatiques ; nous demandons quelle est cette différence. C'est là toute la question. Pour ma part, je ne fais pas de différence entre un prétendu neurasthénique, qui guérit par suggestion en une séance, et un hystérique.

M. RAYMOND. — Presque tous nos collègues qui viennent de prendre part à la discussion pensent — et je suis de leur avis — que le « pithiatisme » est une formule générale spécifiant des phénomènes pouvant se rencontrer dans d'autres états morbides que l'hystérie ; donc ce mot ne peut tenir lieu d'une définition de la « grande névrose », même en la limitant autant qu'on le voudra. Il s'agit d'une constatation de faits cliniques connus et pas d'autre chose.

Sur ces faits cliniques, nous sommes tous d'accord pour les considérer comme hystériques ; mettons, si on le veut, que ce sont les seuls phénomènes indiscutables de la maladie. A côté de ces faits s'en rencontrent certains que l'on peut, si on le veut, rattacher à une autre névrose, la « névro-vaso-motrice », qui serait responsable des troubles circulatoires, des œdèmes, des hémorragies, etc. Reste à déterminer, par de nouvelles observations précises, le rapport exact existant entre ces troubles et les premiers. De même, on devrait, dans un autre groupe, ranger des éléments morbides se montrant parfois chez des hystériques avérés, éléments morbides mis en jeu par la névrose dont ils constitueraient alors une complication : manifestations cutanées, gangrène, etc... Reste, enfin les phénomènes méningés, les spasmes des muscles lisses, etc. ; ces phénomènes peuvent être considérés, souvent, comme réflexes, c'est-à-dire comme provoqués par une lésion organique ; mais ces spasmes, ces réactions ménin-

gées ont une note particulière en raison du terrain hystérique sur lequel ils évoluent. Il y aurait donc lieu, à mon avis, de maintenir l'hystérie comme une psycho-névrose générale qui comprendrait différents syndromes prenant naissance par des mécanismes différents. C'est aux travaux de l'avenir à nous apprendre quel est le lien véritable qui réunit ces différents syndromes ; seule, l'étude pathologique donnera la clef de ce problème.

M. J. BABINSKI. — De la discussion qui a eu lieu dans la première séance s'était dégagée cette idée que les phénomènes désignés au paragraphe I ne semblent avoir aucun lien avec les autres accidents (troubles dans les réflexes tendineux, pupillaires, troubles vaso-moteurs, troubles trophiques, hémorragies, etc.) que l'on avait autrefois rangés aussi dans l'hystérie et que ces phénomènes sont les seuls auxquels il faille réserver l'épithète d'hystériques. Sur ce point nous étions à peu près tous tombés d'accord.

Aujourd'hui, au contraire, les avis sur les questions que nous avons discutées diffèrent. Les uns estiment avec moi qu'il est logique de convenir qu'on appellera hystériques ou pithiatiques tous les phénomènes ayant pour caractère de pouvoir être reproduits avec rigueur par la suggestion et disparaître sous l'influence de la seule persuasiòn ou suggestion, quel que soit le terrain sur lequel ils se développent.

Les autres soutiennent que les troubles de ce genre (troubles pithiatiques) peuvent appartenir à des névroses diverses ; mais je constate qu'aucun d'eux ne va jusqu'à prétendre qu'il y ait, en dehors de ce que j'appelle hystérie, une affection bien caractérisée, bien cataloguée (maladie du doute, neurasthénie constitutionnelle, etc.), qui puisse disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion.

A moins d'accepter la définition que j'ai proposée ou d'abandonner le terme d'hystérie, ce qui serait, selon moi, le plus rationnel, il faut que mes contradicteurs sortent du vague dans lequel ils se complaisent, qu'ils précisent le sens qu'ils prêtent à ce mot, car il est inadmissible qu'on fasse usage d'un mot sans l'avoir défini.

M. DEJERINE. — Je ne suis pas d'avis d'adopter le terme de pithiatisme à la place de celui d'hystérie, car je l'ai dit et je le répète, la suggestibilité n'est nullement l'apanage de l'hystérique, mais se rencontre tout autant chez le neurasthénique.

M. CLAUDE. — Je demande à nouveau que la discussion s'engage sur le rôle de l'émotion dans les phénomènes hystériques.

M. KLIPPEL. — L'heure étant avancée, nous ne pourrons pas aborder aujourd'hui cette discussion. Il nous reste d'ailleurs plusieurs questions fort importantes à débattre. Je crois donc qu'il sera nécessaire de consacrer une nouvelle séance à l'hystérie. Nous pourrons, si vous le voulez bien, reprendre cette discussion après les vacances, à la fin de l'année.

Les deux séances d'avril et de mai consacrées à l'hystérie ont déjà donné des résultats importants qui seront consignés dans les comptes rendus de la Société.

Séance du 4 juin 1908. — Présidence de M. KLIPPEL

—

Syndrome thalamique avec troubles cérébelleux et vaso-asymétrie

M. VINCENT. présente un malade de 64 ans, atteint, en janvier 1908, d'un ictus suivi d'anesthésie et de cécité à gauche avec latéropulsion, vaso-asymétrie et un trouble dans la coordination des mouvements élémentaires nécessaires pour l'accomplissement d'actes complexes comme la marche, comme l'acte de passer de la situation étendue à la situation assise, etc.

L'auteur est porté à croire que ce trouble est de l'asynergie et non de l'ataxie parce que :

1° Quoique frustes, les phénomènes qui le manifestent ressemblent à ceux que l'on observe dans les lésions de l'appareil cérébelleux ; et que l'absence de troubles dans la diadococinésie, de nystagmus, etc., ne semble pas un argument décisif contre cette hypothèse ;

2° Parce que les troubles du sens musculaire présentés par le malade ne sont peut-être pas suffisants pour expliquer ces phénomènes ;

3° Parce qu'ils ne s'accompagnent pas de troubels d'ataxie statique sous aucun mode ; pas de Romberg, etc. ;

4° Parce que dans les lésions de la région thalamique et sous-thalamique des fibres cérébelleuses peuvent être intéressées. Une lésion comme celle que l'on conçoit dans le cas particulier, peut intéresser à des degrés divers le ruban de Reil, le faisceau pyramidal, la voie optique au niveau du corps genouillé externe, *le noyau rouge d'où partent les fibres du pédoncule cérébelleux supérieur.* En fait une pareille lésion a été déjà constatée. Dans l'observation Kaiser de la thèse de Roussy, il existe un foyer en plein noyau rouge, et cette lésion s'accompagne d'une dégénérescence que l'on suit par le Marchi dans le pédoncule cérébelleux supérieur du côté opposé.

De même dans un cas de syndrome de Weber avec hémianopsie provenant du service de M. Marie, publiée par Roussy et Rossi dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* (1907), la lésion qui remontait très haut et était due, comme cela est vraisemblable chez mon malade, à une thrombose ou une hémorragie d'une ou plusieurs des branches externes de la cérébrale postérieure, le foyer intéressait le noyau rouge dans la région sous-thalamique.

Ainsi *la présence de phénomènes cérébelleux dans les lésions thalamiques et sous-thalamiques est sinon démontrée d'une façon absolue, du moins très vraisemblable.*

Les autres phénomènes observés chez ce malade sont des TROUBLES VASO-MOTEURS analogues à ceux que M. Babinski a décrits dans les lésions bulbaires et protubérantiels.

Voici en quoi ils consistent : chez ce malade, le système veineux du membre supérieur gauche et aussi celui du membre inférieur est moins développé que celui du membre supérieur et du membre inférieur droits. A la température actuelle du matin, 16° à 17°, on voit que le système veineux de l'avant-bras, de la face dorsale, de la main droite est plus apparent que celui de l'avant-bras et de la main opposée ; dans l'ensemble, ces mêmes régions sont plus rosées que celles du membre supérieur gauche.

Ces phénomènes s'accentuent si l'on plonge les deux mains simultanément, dans la même position, dans des cuvettes contenant sensiblement la même quantité d'eau glacée. Dans ces conditions on observe un contraste énorme en le système veineux des deux côtés ; le droit est turgescent, l'avant-bras, la main sont violacés, les veines distendues à l'extrême paraissent le double de celles de gauche.

En même temps, le malade accuse un phénomène important : très rapidement la main droite le brûle ; il a une sorte d'onglée insupportable, il ne peut résister à la douleur, il arrache la main de l'eau alors qu'il y laisse encore volontiers la main gauche.

M. ROUSSY se demande si les troubles d'incoordination motrice ne sont pas ataxiques ; associée à l'hémianesthisie, cette hémiataxie répondrait à une lésion de la couche optique.

M. DEJERINE explique la légère ataxie de ce malade par son hémianesthésie, sans participation des fibres cérébelleuses ; c'est un syndrome thalamique.

M. BABINSKI pense que la différenciation entre l'asynergie cérébelleuse et l'ataxie tabétique est quelquefois difficile. C'est le cas chez ce malade.

Maladie de Parkinson, tremblement des paupières, atrophie optique

MM. KLIPPEL et WEIL présentent un parkinsonien atteint d'un tremblement des paupières.

Ce tremblement n'existe pas au repos. Il est très marqué lorsque le malade veut fermer les yeux, et reste tel tant qu'il les conserve clos. Son rythme est beaucoup plus fréquent que celui du tremblement des membres. Ce ponit particulier est explicable, grâce à cette constatation que physiologiquement les paupières sont douées de mouvements d'une rapidité toute particulière. Il n'est pas provoqué par les mouvements du globe oculaire, à condition toutefois que dans ces mouvements les paupières ne se mobilisent pas : car sinon le tremblement apparait sous forme d'une courte *crise trémulante*, toute passagère d'ailleurs, et très comparable à ces blépharospasmes que M. Meige a étudiés avec tant de soin. Si on fait exécuter à la tête des mouvements de totation en laissant les paupières ouvertes, et la pupille dans sa position moyenne par rapport au pourtour de l'orbite, on constate, fait curieux, que cette *crise trémulante* apparaît constamment au moment, et au moment seulement, où le plan sagittal de la face rencontre la ligne médiane du corps : il disparaît aussitôt après, pour reparaître dans les mêmes conditions lors du mouvement suivant.

Ce malade présente encore une amblyopie qui a débuté à droite trois ans après l'apparition des premiers symptômes de la maladie, et qui s'est développée parallèlement à elle. Actuellement l'acuité visuelle est réduite à droite à la perception de la lumière, et encore cette perception n'est-elle possible que dans une porton très limitée du champ visuel, sa portion supérieure et droite : la papille, examinée par M. Monthus, présente le type de l'atrophie dite centrale : elle est uniformément grisâtre, ses bords sont nettement indiqués et non flous comme dans les atrophies à type post-névritique, où d'ailleurs un stade de rougeur a précédé la période d'atrophie. A gauche, les lésions sont moins marquées : elles ne frappent que la partie temporale de la papille, et ne se traduisent que par peu de symptômes fonctionnels. Cependant tout permet de croire que ce ne sera là qu'un stade passager, et que la lésion deviendra peu à peu ce que nous la voyons être à droite, où elle a débuté.

Il nous semble que l'on puisse admettre un certain rapport entre cette lésion du fond de l'œil et la maladie du sujet, et décrire l'atrophie papillaire comme une complication possible, très rare il est vrai, de la maladie de Parkinson. Cependant les plus grandes réserves s'imposent ; elles s'imposent même lorsque l'on a en mains les pièces anatomiques, puisqu'en somme nous ne connaissons pas encore avec certitude les lésions qui causent la paralysie agitante. Seul l'examen en séries de nombreux parkinsoniens pourra résoudre ce point de détail.

Ce malade enfin présente un pied bot varus à droite, avec atrophie manifeste des muscles de la jambe, sans D. R. Cette absence de D. R. élimine l'idée d'une lésion du nerf ou de sa cellule d'origine : les lésions de poliomyélite antérieure que l'on peut observer, au cours de la maladie de Parkinson, chez des sujets très scléreux, sont d'ailleurs le plus souvent des lésions bilatérales (thèse Lhermitte). Ce pied n'est pas non plus de nature hystérique : on pourrait y penser tout d'abord, étant donnée la coexistance ou la coïncidence relativement fréquente de la grande névrose et de la maladie de Parkinson (Chabert, de Toulouse, *thèse* Bréchet, Souques) : l'hystérie n'expliquerait pas l'atrophie marquée des muscles de la jambe. Mais le malade a eu, il y a quelques années, immédiatement avant l'apparition de ce pied bot, un traumatisme du pied, de nature mal définie d'ailleurs : il a dû se faire à ce moment-là une subluxation du pied ; une contracture secondaire des muscles de la jambe aurait provoqué la déformation que nous constatons aujourd'hui, et c'est ce pied bot qui aurait conditionné l'atrophie de la jambe. Il serait donc d'origine articulaire.

Paralysie et atrophie réflexes des extenseurs propres du pouce

M. HUET présente une jeune fille chez laquelle à la suite d'un traumatisme ayant agi par tiraillement sur l'articulation radio-carpienne, sur les articulations du carpe et sur l'articulation métacarpienne du pouce, ayant tiraillé aussi les muscles extenseurs propres du pouce, il s'est développé une légère synovite de la gaîne du long extenseur du pouce, et une paralysie avec atrophie des muscles propres du pouce, long abducteur, court extenseur et surtout long extenseur, ressemblant par ses caractères, et vraisemblablement aussi par son mécanisme, aux paralysies avec atrophie réflexe que l'on observe sur d'autres muscles tels que le quadriceps crural dans les lésions articulaires du genou, le deltoïde dans les lésions de l'articulation scapulo-humérale.

Méningomyélite ascendante aiguë

MM. CLAUDE et LEJONNE rapportent un cas de paralysie ascendante qu'on peut rattacher à la maladie de Landry, si tant est que l'on doive conserver cette dénomination qui s'applique à un groupe de faits disparates. D'ailleurs, dans les observations publiées sous ce titre, la marche des accidents a été en général plus rapide que dans le cas qui nous occuppe : chez ce malade la mort n'est survenue qu'au bout d'un mois (17 mars, 16 avril 1907). On peut distinguer deux phases dans l'évolution de sa maladie : une première subaiguë aboutissant en 15 jours à la constitution d'un syndrome de Brown-Séquard, et une deuxième, de même durée, mais véritablement aiguë et ascendante, où la toxi-infection a gagné peu à peu des étages de plus en plus élevés de la moelle.

Remarquons l'apparition tardive de la fièvre, le 8 avril ; c'est à partir de ce moment que l'état général s'est aggravé et huit jours plus tard le malade mourait.

Il est difficile d'expliquer cette apparition tardive. Il ne semble pas qu'on doive incriminer une seconde infection se surajoutant à la première. Est-ce une question de localisation secondaire du processus infectieux ? La ponction lombaire affirmant l'existence d'une méningite purulente n'a pu être pratiquée que 2 jours après l'apparition de la fièvre ; mais le seul signe clinique pouvant faire prévoir cette méningite, la raideur de la nuque, était apparu dès le 6 avril ; il parait donc bien que la localisation méningée a précédé la fièvre. Faut-il au contraire attribuer cette dernière à l'extension en hauteur du processus infectieux ? A cette époque les signes cliniques indiquaient déjà des lésions remon-

tant au moins jusqu'au IVe segment cervical ; rien toutefois ne permet de penser que les centres thermiques bulbaires aient pu être dès lors atteints, et nous ne pouvons qu'être surpris de la tardive apparition de la fièvre, sans chercher à l'expliquer.

Le fait clinique le plus intéressant, celui qui donne à cette observation son originalité, c'est l'évolution des phénomènes aussi bien sensitifs que moteurs par étages radiculaires successifs, si bien que le malade présentait le 3 avril un syndrome de Brown-Séquard ; le 5, une double paraplégie flasque à gauche et spasmodique à droite, qui, 2 jours plus tard ,devenait complètement flasque et remontait jusqu'à la partie inférieure du thorax ; le 10 avril s'ajoutait une paralysie radiculaire du plexus brachial qui était totale à gauche, le groupe radiculaire supérieur étant relativement respecté à droite. Au point de vue sensitif on a observé la même marche par étages radiculaires successifs et on a pu remarquer chaque fois la précession des troubles de la sensibilité sur les troubles moteurs.

Les constatations anatomiques n'ont pas été en rapport absolument direct avec les phénomènes cliniques notés pendant la vie du malade. Tout d'abord, l'absence de phénomènes méningés contraste violemment avec la méningite purulente intense observée à l'autopsie, où toute la moelle jusqu'à la IVe cervicale était engaînée dans le pus. Un peu de raideur de la nuque était la seule signature clinique de l'atteinte méningée qui aurait pu passer inaperçue sans la ponction lombaire. Il n'y avait ni signe de Kernig, ni douleurs : on peut se demander si les lésions destructives, vraiment prédominantes au niveau des cornes postérieures n'ont pas été pour quelque chose dans cette absence de douleurs.

Les lésions observées dans cette myélite aiguë sont des plus complexes : à la fois parenchymateuses, interstitielles, vasculaires, elles participent aux altérations décrites par les auteurs dans les myélites aiguës vasoparalytiques (Gilbert et Lion), les myélites avec lésions hyperplastiques et oblitérantes des vaisseaux, les myélites avec infiltrats à polynucléaires, etc. Mais le point essentiel, sur lequel nous désirons insister, c'est l'existence en de nombreuses régions de tous les intermédiaires entre l'œdème, la myélomalacie et le ramollissement inflammatoire. Des foyers du ramollissement le plus typique sont dissémniés dans presque toute la moelle (bulbe inférieur et région cervicale supérieure ; région lombaire moyenne et inférieure, surtout région dorsale supérieure, etc.), soit qu'il y ait une nécrose élective des éléments nerveux seuls, soit que tous les éléments constitutifs du tissu aient été frappés de mort en même temps. C'est seulement dans la syphilis qu'on a décrit des foyers de ramollissement médullaire aussi typiques.

Un cas de neuro-fibro-sarcomatose avec accidents encéphaliques

MM. RAYMOND et CLAUDE présentent un cas de neuro-fibro-sarcomatose compliqué de troubles de l'ouïe et de la vue, dus à une lésion de l'oreille moyenne et à une névrite optique bilatérale. Il y a eu, sans doute, production de néoplasies des centres nerveux.

Etude anatomo-clinique d'un cas de ramollissement bulbo protubérantiel

MM. FRANÇAIS et JACQUES rapportent l'histoire d'un malade qui cliniquement se présentait avec la symptomatologie la plus typique d'une lésion bulbaire unilatérale en foyer : l'autopsie a confirmé la réalité du diagnostic.

Un homme de 44 ans, syphilitique depuis l'âge de 20 ans, est pris brusquement au cours de l'évolution d'un tabes, d'accidents nerveux graves, caractérisés par des vertiges, des troubles très marqués de l'équilibre avec chute du

côté gauche, une hémianesthésie à forme syringomyélique à droite, une hémiparésie, un syndrome d'Avellis et du myosis à gauche, avec rétrécissement de la fente palpébrale. Deux mois après le début des accidents, le malade meurt et l'autopsie permet de constater la présence de foyers de ramollissement dont le plus important, celui auquel il faut rapporter les symptômes dominants est situé dans la partie latérale gauche du bulbe et dont les autres intéressent la protubérance au niveau de la moitié droite antérieure et du ruban de Reil gauche.

Le diagnostic clinique n'offrait pas de difficulté sérieuse, en raison des faits déjà rapportés où des lésions bulbaires de même topographie avaient donné lieu à des symptômes semblables à ceux présentés par ce malade.

Les faits anatomiques cadrent bien avec les phénomènes observés pendant la vie. Le vertige et la latéropulsion du côté lésé s'expliquent par le siège du foyer au voisinage de l'olive bulbaire, organe jouant un rôle important dans le maintien de l'équilibre, comme l'ont montré les expériences de von Betcherew. Plusieurs travaux ont montré les lésions de l'appareil olivaire, toujours suivies de vertiges, de latéropulsion du côté correspondant, véritable syndrome pseudo-cérébelleux (Leclerc).

Le syndrome oculaire sympathique (myosis, exophtalmie, chute légère de la paupière) n'est pas un phénomène rare dans les affections du bulbe.

La constatation, chez ce malade, d'une thermo-asymétrie montre, comme dans les cas rapportés par M. Babinski (1), qu'une lésion bulbaire unilatérale est capable de provoquer une rupture de la symétrie, entre les deux côtés du corps, au point de vue de la température. Nous n'avons que des notions imparfaites sur le siège de ce centre, Betcherew le place dans le noyau central inférieur, Reinhold, dans la partie médiane de la substance grise sous-épendymaire du quatrième ventricule.

Dans les nombreux faits d'hémianesthésie d'origine bulbo-protubérantielle publiés jusqu'ici, les troubles n'ont pas toujours porté sur tous les modes de la sensibilité. Lorsqu'une dissociation a été notée, celle-ci a constamment revêtu la forme syringomyélique, et siégé du côté opposé à celui de la lésion. Une telle dissociation existait bien chez ce malade, du moins au membre supérieur. Mais aux membres inférieurs, des troubles de la sensibilité articulaire et du sens des attitudes s'ajoutaient à l'analgésie et à la thermo-anesthésie. Cette particularité ne doit pas surprendre si l'on tient compte des lésions tabétiques que nous avons signalées dans les cordons postérieurs, lésions qui expliquent d'autre part l'ataxie des mouvements, l'abolition des réflexes tendineux et cutanés.

Hypertrophie segmentaire considérable du bras et de l'avant-bras avec dissociation syringomyélique des sensibilités

M. DESPLATS rapporte un cas de syringomyélie non douteux dont le principal intérêt réside dans l'hypertrophie segmentaire du bras et de l'avant-bras.

Cette augmentation de volume ne correspond pas seulement à un œdème des segments, mais les tissus profonds, le squelette lui-même y participent.

Les os présentent, en effet, un épaississement considérable, ils sont manifestement atteints par un processus d'ostéite condensante, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte, en comparant avec la radiographie du côté sain ; on constate même au-dessus du bec de l'olécrâne l'existence d'une petite tache grisâtre et il s'agit probablement d'un petit séquestre détaché de l'humérus ou du cubitus.

Il ne paraît pas douteux que les lésions d'ostéite jouent ici aussi un rôle important dans l'hypertrophie, bien que l'augmentation de volume des parties

molles soit parfaitement appréciable, et l'auteur conclut à l'origine mixte de cette hypertrophie, sans chercher d'ailleurs à localiser la lésion du système nerveux qui l'occasionne.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du 16 juillet 1908. — Présidence de M. Joffroy

A propos de la paralysie juvénile

M. CLAUDE présente une malade, syphilitique héréditaire, fille d'un tabétique, chez laquelle la paralysie générale débuta à l'âge de 19 ans et dont tous les cartilages épiphysaires sont sondés. Cette malade présente en outre de l'apraxie transitoire.

M. JOFFROY. — J'ai, dans mon service, une paralytique générale de 23 ans, qui présente tous les cartilages comme celle que nous présente M. Claude; donc ce n'est que d'une façon générale que je crois que dans les paralysies générales l'ossification des cartilages n'est pas effectuée. Je crois aussi que ce n'est pas la paralysie générale elle-même qui est cause de ce retard de soudure, mais qu'une lésion ou qu'un trouble fonctionnel du corps tyroïde est nécessaire pour expliquer ce trouble. En effet, ainsi que le rappelle M. Claude, après avoir donné au malade que j'ai présenté à la dernière séance de l'extrait de corps tyroïde il y a eu accroissement immédiat de la taille.

M. ARNAUD estime que les symptômes d'apraxie sont fréquents chez les paralytiques généraux.

M. BALLET fait observer qu'il convient de distinguer la défectuosité des mouvements par déficit intellectuel et la maladresse ataxiforme des mouvements de l'apraxie proprement dite. C'est-à-dire de la non conception des mouvements. Chez les paralytiques généraux la distinction est souvent difficile à faire, et ce qui est intéressant dans le cas de M. Claude, c'est qu'il semble bien qu'il s'agisse d'apraxie vraie.

Un cas d'apraxie motrice

MM. DENY et MAILLARD rappellent la conception de l'apraxie telle qu'elle est établie actuellement après les travaux de Pick, Liepmann, von Monakow, etc..., et montrent un malade, à peine diminué intellectuellement, qui présente des troubles apraxiques extrêmement nets. L'apraxie est ici bilatérale et généralisée; elle manque seulement pour les actes très habituels et devenus automatiques (marche, acte de s'asseoir, de se moucher, etc.). Pas de troubles paralytiques ni de troubles psycho-sensoriels. L'évolution a été progressive, sans inctus.

M. RAYMOND demande si le malade présente de l'affaiblissement intellectuel.

M. DUFOUR demande si le malade présente de la surdité verbale.

M. BALLET. — Chez les malades qui présentent de la surdité verbale, l'acte commandé, a souvent un commencement d'exécution et ne peut être achevé parce qu'il n'a pas été compris.

M. DENY. — L'impossibilité d'exécution n'existe pas pour beaucoup d'actes effectués par le malade. Il n'y a pas ici de surdité verbale. Ce malade présente une association complexe des différentes formes d'apraxie, motrice, idéomotrice et idéatoire.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas d'aphasie avec apraxie

par le Dr GEERTS

Communication faite à la Société belge de Neurologie, séance du 25 juillet 1908

Le malade que je vous présente fut amené au service de M. le Dr Glorieux, le 3 juin 1908. Ses parents nous donnèrent les renseignements suivants sur l'hérédité et les antécédents du sujet.

Je les transcris en détail, ils nous seront indispensables pour l'étude du malade.

Hérédité. — Grands-parents paternels : grand-père mort en 1906, âgé de 87 ans; grand'mère mourut d'une affection nerveuse causée par une grande colère.

Grands-parents maternels : grand-père mort de cancer; grand'mère seule survivante de douze enfants, mourut elle-même de tuberculose pulmonaire.

Père âgé de 55 ans, aurait toujours été bien portant; souffre actuellement d'une bronchite.

Mère âgée de 50 ans, ne paraît pas très vigoureuse, mais déclare n'avoir jamais fait de maladie grave.

Enfants : 1° mort âgé de quelques mois, d'une broncho-pneumonie; 2° un fils âgé de 30 ans, ne se mit à marcher qu'à l'âge de trois ans, est actuellement bien portant; 3° mort à 25 ans de tuberculose; 4° mort âgé de 4 mois, d'arthrepsie; 5° fille de 25 ans, fit un séjour à l'hôpital de Middelkerke pour une affection tuberculeuse du genou et présente une gibbosité très prononcée, elle est mariée et a un enfant de deux ans, bien portant; 6° le malade; 7° fut, en 1900, traitée dans le service de M. Glorieux pour une méningite tuberculeuse se manifestant par de la céphalalgie, de l'insomnie, de la torpeur intellectuelle, de l'inappétence, des régurgitations, des accès épileptoïdes. La malade avait eu, à l'âge de deux ans, des convulsions; en novembre 1900, la méningite s'aggrave; la malade mourut âgée de dix ans; 8° enfant à terme mort-né; 9° âgé de 13 ans, fut de 1900 à 1902 traité dans le service pour une chorée qui récidiva trois fois; 10° âgée de 12 ans, actuellement bien portante, a souffert d'une pleurésie double; 11° enfant du sexe masculin, jumeau du précédent, a vécu cinq semaines. Il présentait des monstruosités curieuses : l'oreille gauche ressemblait à une oreille de singe, la peau du dos était entièrement garnie de poils, de plus il y avait de l'exencéphalie; 12° abortus à 5 ans, de deux jumeaux du sexe masculin; 13° garçon de 10 ans, bien portant.

Antécédents personnels. — Pierre D..., âgé de 22 ans, ne présentait rien de particulier dans l'enfance. Il ne fut en retard ni pour la marche

ni pour la parole. Il n'eut jamais de convulsions. Il fut atteint de rougeole vers l'âge de trois ans.

Depuis cinq ans il exerce le métier de peintre en bâtiments. Il prépare ses couleurs lui-même et manie ainsi fréquemment de la céruse.

Depuis quatre ans il fume beaucoup la cigarette, et se livre une à deux fois par semaine à des excès de boisson.

Dans ces dernières années la mère du malade a remarqué qu'à la suite d'une émotion, il se produisait deux à trois fois par an une aphonie légère, durant parfois huit jours. Le malade avait également une réelle terreur de l'orage.

Début de l'affection. — Ce début a été précédé ou accompagné d'une série de malaises.

A la fin d'avril 1908 se produit une angine qui dure huit jours; immédiatement après le malade est atteint de rhumatisme articulaire aux deux pieds. Il est obligé de s'aliter pendant quinze jours.

A peine s'est-il remis au travail que se manifestent des coliques accompagnées de constipation et d'anorexie; ce sont des coliques de plomb. Il absorbe alors une assez grande quantité de rhum, et manifeste, à l'occasion des violents orages qui se produisirent vers la fin de mai et au début de juin, une véritable terreur, accompagnée de tremblement, d'angoisse et sueurs froides.

En même temps on s'aperçut dans son entourage qu'il avait une allure bizarre, qu'il parlait avec difficulté, et qu'il avait désappris les mouvements les plus usuels.

S'habiller seul lui était impossible. Il tournait et retournait son pantalon, ne sachant comment s'en servir; il s'obstinait à vouloir mettre ses pantoufles à l'envers, ou à les mettre au même pied. Il cirait les bottines avec le manche de la brosse et cirait les semelles.

A table il puisait le potage avec la manche de la cuiller; il fixait la viande avec le couteau et voulait la découper au moyen de la fourchette. Se verser un verre de bière lui était impossible.

Le malade ne savait même plus se mettre convenablement à table. Il retournait sa chaise, mettant le dossier contre la table; puis, s'apercevant de son erreur, il la tournait, la couchait. Lorsqu'on lui plaçait la chaise, il n'arrivait à s'asseoir, comme je le vis faire moi-même plusieurs fois par le malade, qu'après avoir hésité, enjambé la chaise, s'être mis à califourchon.

Il avait également désappris à rouler ses cigarettes.

Remarquons dès maintenant qu'à aucun moment le malade n'a présenté de symptôme d'hémiplégie ni de parésie, ni d'asymétrie faciale.

Lorsqu'on demandait au malade s'il s'apercevait de ses erreurs, au début il se fâchait, disant qu'il savait fort bien ce qu'il faisait, par exemple qu'il savait parfaitement découper sa viande; plus tard, il levait les épaules et avouait ne pas s'apercevoir qu'il se trompait.

Il restait le plus souvent assis, ne s'occupant pas de son entourage, parlant très peu et d'ailleurs avec difficulté.

C'est dans cet état qu'il nous fut amené le 3 juin 1908.

Examen du malade. — Le malade, qui est de grande taille, avait, aux

dires de la mère, beaucoup maigri. Il pèse actuellement 61 kilogr. 700 gr. et mesure 1 m. 76.

Le faciès est un peu hébété. Pas d'asymétrie de la face. Le malade reste assis, la tête penchée, ne répondant que par monosyllabes à nos questions.

Système digestif : la langue n'est pas déviée; elle est catarrhale. Pas de gastralgie, plus de constipation. Foie et rate de volume normal. Très léger liséré bleuâtre du bord gingival.

Système circulatoire : la face est anémiée; les mains sont froides et cyanosées, léger œdème aux pieds. On ne remarque rien au cœur, le pouls est dépressible, de fréquence normale.

Urines : ni sucre, si albumine.

Système respiratoire : ne présente rien d'anormal.

Réflexes : rotuliens et achilléens un peu exagérés, la cutané plantaire est aboli, les abdominaux persistent.

Organes des sens : la vue est bonne; cependant à la rue le malade cognait les passants comme s'il ne les voyait pas. Pas de rétrécissement du champ visuel. Il y a des troubles du sens des couleurs. Pas d'hémianopsie. Pas de déviation des yeux; les pupilles sont égales, réagissent bien à la distance et à la lumière; pas de nystagmus.

Pas de troubles de l'ouïe.

Sensibilité : la sensibilité au tact et à la piqûre est un peu affaiblie; elle est normale pour la température. La localisation est parfois en défaut; il y a parfois persistance de la sensation.

Motilité : la marche est un peu ataxique; pas de Romberg. Légère ataxie aussi des membres supérieurs; tremblement des mains; le malade a une tendance à dévier à gauche.

Au dynamomètre, le malade fait de la main droite 35; de la main gauche 40. Cette diminution de la force est d'ailleurs facilement constatable sans dynamomètre. Or le malade est droitier; il n'y a aucune atrophie constatable, ni au bras, ni à la main.

Le malade connaît son nom, son âge, mais pas la date de sa naissance. Il ignore la date et le nom du jour, du mois et de l'année. Il ne sait pas où il se trouve et dit ne pas connaître les noms des rues par où il est venu à la clinique, rues qu'il connaissait fort bien; seul le nom de sa rue lui est resté, mais il a oublié le numéro de sa maison.

L'écriture est impossible, le malade ne parvient à tracer que des lignes sans signification aucune.

Il est à remarquer qu'avant de répondre à une de nos questions, le malade fait des efforts pour trouver la réponse adéquate, sa figure s'anime, les lèvres remuent et parfois une expression de découragement accompagne le « je ne sais pas » par lequel il répond à un grand nombre de nos questions. De même pour l'écriture, il s'efforce, se reprend pour arriver à un résultat, mais n'y réussit pas.

Nous lui montrons du papier et une enveloppe; il reconnait ces objets; mais ne parvient pas à enfermer le papier dans l'enveloppe.

Examen du 4 juin. — Le malade nous dit bonjour en entrant, mais ne sait s'asseoir devant la table. Il tourne et retourne sa chaise et essaie

vainement de s'asseoir. Nous lui montrons alors le mouvement, il nous dit qu'il l'a compris, mais ne l'exécute que très défectueusement, et après plusieurs tentatives maladroites. Nous plaçons devant lui plusieurs objets : il nous en désigne sur notre demande quelques-uns par leur nom; pinceau, clef, allumettes, cigarettes, boite; pièces d'argent : dix centimes, un franc, cinq francs. Pour un porte-monnaie il nous dit enveloppe.

Il ne connaît plus le mot bouteille, mais en désigne une sur notre demande. Une minute après nous lui montrons une bouteille : « comment cela s'appelle-t-il ». Il ne le sait plus.

Il montre qu'un bouchon sert à fermer une bouteille, mais ignore le mot « bouchon » et ne bouche la bouteille que très maladroitement.

Le malade reconnaît le blanc, le bleu et le vert; pour le rouge il dit noir puis vert, puis jaune, puis à nouveau vert.

Dix minutes après nous lui montrons un grand nombre d'échantillons de diverses couleurs : il les confond toutes.

Les yeux fermés, le malade reconnaît un pinceau, des pièces d'argent, une boite d'allumettes (ici l'ouïe intervient peut-être), mais, par contre, une clef devient une bouteille.

Dix minutes après, même erreur.

Pierre D... ne sait pas s'habiller; il ne sait mettre ni sa chemise ni son pantalon; il tourne et retourne ses pantoufles, les met à l'envers; puis arrive à en chausser une convenablement, et veut mettre l'autre au même pied. Il boutonne très difficilement son gilet. Par contre il se lave fort bien les mains.

Pour allumer une cigarette, le malade la porte bien aux lèvres, puis tourne et retourne l'allumette, approche la boite et l'allumette de la cigarette, allume l'allumette et veut la remettre toute allumée dans la boite; plusieurs essais restent infructueux. Nous lui enlevons alors la boite, lui donnons une allumette enflammée, et immédiatement il allume la cigarette.

Le malade reconnaît un centimètre, mais ne sait pas s'en servir. Après de longs efforts, il parvient à mettre une lettre dans une enveloppe, mais mouille celle-ci à l'extérieur pour la coller.

Le 6 juin. — Le malade connaît le nom du mois, son âge, l'adresse de son école, mais ignore la date et le nom du jour, et l'année.

Il s'habille toujours avec de grandes difficultés.

Il exécute bien les mouvements de la face : montrer les dents, fermer les yeux, rire, siffler.

Nous lui demandons de nous pincer les mains : il les attire vers lui; nous lui montrons comment il doit faire, et il continue à se tromper.

Il fait bien le salut militaire, frappe correctement à la porte, fait semblant de peindre.

Il appelle une bouteille : un bouchon. Il veut allumer sa cigarette à la boite d'allumettes, puis exécute bien le mouvement.

Ecrire et dessiner sont toujours impossibles; copier l'écriture également. Il en est de même pour le calcul. Nous mettons devant lui quatre allumettes : il nous dit qu'il y en a cinq.

La lecture est moins difficile, mais il n'arrive pas à prononcer certains

mots : métropolitain, catastrophe, médical, septembre, etc. Je lui fais dire : artillerie. Il prononce très bien le mot ; puis : cavalerie devient artil-cavalerie et infanterie devient artil-centerie.

A remarquer la persistance du mot: artillerie (intoxication par le mot). Plusieurs minutes après cette expérience, le malade nous le dira encore, en réponse à une question d'un ordre tout différent.

Remarquons aussi qu'il n'est pas dysarthrique. Les yeux fermés, il prend une clef pour un bouchon. Nous lui mettons alors un clef dans chaque main, et il dit : ce sont deux bouchons en verre. Par contre, immédiatement après, il reconnaît une petite boite en fer blanc.

Pendant les jours suivants, nous voyons se modifier les différents symptômes.

19 juin. — Le malade commence à s'habiller seul.

Il lit correctement des mots séparés : Pierre, Jules, Bruxelles, Boulevard. Il ne sait lire aventure. Nous écrivons alors Tervueren et le malade nous dit : aventure.

Calcul :

5 + 3 = 18, puis 13, puis 8
9 + 17 = 87.
25 + 10 = 35.
3 × 6 = 18.
6 × 9 = 44.
6 × 10 = 60.
83—7 = le malade ne sait faire la soustraction.
78—15 = même résultat.

Nous lui demandons d'écrire son prénom. Malgré tous ses efforts, accompagnés d'une mimique très expressive, il ne trace que le premier jambage de la lettre P.

Nous lui faisons dessiner un bonhomme, et il ne trace toujours que la même lettre P (persévération).

Dessiner une maison : trace plusieurs lignes qui s'entrecoupent, mais sans forme géométrique.

Nous lui faisons copier un dessin très schématique d'une maison : il n'arrive pas à un meilleur résultat.

24 juin. — Le malade retrouve mieux certains mots, roule et allume bien ses cigarettes ; la marche est redevenue normale ; les mains ne tremblent plus.

En quelle année sommes-nous? Il répond: 1400, 1800, 1807, 1907.

Il arrive maintenant à écrire son prénom ; mais ne sait pas écrire ni copier correctement le chiffre 8.

Nous avons soumis le malade au régime lacté. Actuellement nous lui donnons :

R. Liqueur ars. de Fowler .... 10 grammes.
Teinture de fer pommé .... 20 grammes.

A prendre 30 gouttes par jour.

Vous pourrez juger, en comparant le tableau clinique, que j'ai

tenu à vous communiquer en détail, avec l'attitude et les actes du malade qui se trouve devant vous, de l'évolution suivie par l'affection du sujet.

Pour nous résumer, nous pourrons dire que le malade, qui n'a pas présenté d'hémiplégie, est atteint d'aphasie et d'apraxie.

Nous insisterons plus tard sur les commentaires qui comporte le cas, ainsi que sur le diagnostic de la lésion de l'hémisphère gauche.

Nous croyons pouvoir attribuer la maladie à une hémorragie; et écarter le diagnostic d'encéphalopathie saturnine. Les lésions du saturnisme furent légéres et ont plutôt joué le rôle de cause prédisposante.

Je compte vous représenter le malade.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du 16 juillet 1908 (*suite*). — Présidence de M. JOFFROY

Considérations cliniques sur la Jargonaphasie

M. KERAVAL étudie les jargons constatés chez les aliénés et leur mécanisme à propos d'une malade qu'il présente à la Société. Il fait remarquer l'importance en pathologie mentale de la modalité des symptômes. Il rappelle ses jargons normaux, notamment du « pidgeonne inglish » des côtes de Chine.

M. BALLET. — Cette maladie parait le grossissement, le phénomène ultime de faits assez communs. On voit des malades qui ont des stéréotypies du langage comme des stéréotypies des attitudes. Leur mouvement n'est qu'une attitude. Mais il en est d'autres chez lesquels l'étiquette de démence précoce est difficilement applicable. Il me semble que dans un grand nombre de cas, l'affaiblissement intellectuel n'est pas suffisant pour expliquer ces troubles particuliers du langage.

M. KERAVAL. — Ce qu'il faut préciser, c'est la modalité des symptômes, je crois ici que la jargonaphasie est en rapport avec une extrême volubilité du langage et non avec des phénomènes démentiels.

Valeur séméiologique des idées de grandeur

MM. SEGLAS et COTARD présentent un malade qui fut depuis sept ans étiqueté paralytique général, dont l'état est resté absolument stationnaire et chez lequel la ponction lombaire pratiquée dernièrement fut négative bien qu'existe le signe d'Argyll-Robertson. S'agit-il d'un paralytique général, d'un débile, d'un syphilitique?

M. RAYMOND rapporte un cas analogue et demande si dans des cas de ce genre, un traumatisme pourrait amener du signe d'Argyll.

M. JOFFROY rapporte le cas d'un malade qui à la suite d'une chute de bicyclette présenta de l'hémianopsie et du signe d'Argyll plus marqué à un des

deux yeux. Ceci s'est passé il y a 5 ans et, actuellement, le malade présente encore de l'hémianopsie. Le signe d'Argyll a beaucoup diminué, mais existe encore.

Un cas de paralysie générale de longue durée

MM. VALLON et ARNAUD présentent à la Société un malade interné depuis 1886 avec le diagnostic de paralysie générale et qui a évolué progressivement et lentement depuis cette époque. Il présente depuis cinq ans de la cécité par atrophie papillaire double et complète et la ponction lombaire est positive.

Un cas d'hallucinations conscientes

M. DUPOUY présente un malade ayant des hallucinations conscientes de l'ouïe. Ce malade en avait antérieurement éprouvé d'inconscientes et avait cherché à expliquer ce phénomène qu'il ne comprenait pas. Il était arrivé à se supposer hypnotisé par un médecin et avait ébauché tout un système délirant. Une fois instruit de la nature de ses « voix » il abandonna définitivement leur interprétation délirante alors même que persistaient ou que se reproduisaient les hallucinations.

M. BALLET. — Chez les malades qui ont des hallucinations conscientes, on voit par moments l'hallucination devenir inconsciente et il est intéressant de noter que les hallucinations furent ici d'abord inconscientes.

Sont nommés membres correspondants nationaux : MM. Abadie (Bordeaux), Bernheim (Nancy), Belletrud (Pierrefen), Carrier (Lyon), Grasset (Montpellier), Lépine (Lyon), Mabille (La Rochelle), Marchand (Blois), Nogues (Toulouse), Paris (Nancy), Pitres (Bordeaux), Rayneau (Orléans), Régis (Bordeaux), Remond (Toulouse).

Sont nommés membres associés étrangers : MM. Adamkievicz (Vienne), Aschaffenburg (Cologne), Bechterew (St-Pétersbourg), Moravesik (Buda-Pesth), Bianchi (Naples), Binswanger (Iéna), Cabred (Buenos-Ayres), Crocq (Bruxelles), Van Deventer (Amsterdam), Francotte (Liége), Van Gehuchten (Louvain), Kowalewski (St-Pétersbourg), Kroepelin (Munich), Ladame (Genève), Liepmann (Berlin), Magalhaes-Lemos (Porto), Morel (Mons), Morselli (Turin), Nissl (Heidelberg), Obersteiner (Vienne), Pick (Prague), Roth (Moscou), Sano (Anvers), Schüle (Illenou), Serbsky (Moscou), Tamburini (Reggio), Tuczeck (Margbourg), Ziehen (Berlin).

* * *

M. JOFFROY, président, et en cas d'empêchement M. le secrétaire général DENY, est délégué pour représenter la Société au Congrès de Dijon.

René CHARPENTIER.

REVUE DE PSYCHIATRIE

E. DUPRÉ et R. CHAPENTIER. **Les psychopolynévrites chroniques.** (*L'Encéphale*, n° 4, 1908, p. 289.)

Les auteurs rapportent une observation ; son intérêt réside non seulement dans l'apparition d'une psychopolynévrite, provoquée par la riche sommation de facteurs étiologiques qu'ils ont exposés, mais encore dans l'évolution

du syndrome, dans son passage à la chronicité, enfin et surtout dans la considération de l'état actuel stationnaire depuis plusieurs années, et que l'analyse clinique, confirmée par l'enquête anamnestique, permet de rapporter à une psychopolynévrite chronique.

Le syndrome mental des polynévrites ne possède évidemment, en lui-même, aucune spécificité étiologique ou clinique : il est constitué par le complexus psychopathique subaigu, d'origine toxique ou infectieuse, dont les éléments principaux sont l'amnésie, la confusion, la stupeur, l'onirisme et de multiples réactions secondaires aux troubles des sens et de l'esprit. Le syndrome tire son individualité nosologique non pas de la clinique, mais de l'histoire médicale et des études célèbres, dans lesquelles, il y a vingt ans, Korsakoff a proclamé la fréquence et l'intérêt de l'association des troubles psychiques aux polynévrites.

L'affaiblissement psychique du malade des auteurs est en réalité un état de démence postconfusionnelle, de confusion mentale chronique dont on saisit nettement l'origine étiologique, le mode de début et l'histoire évolutive.

Le déficit psychique porte bien, dans ses caractères cliniques, sa marque d'origine et montre la justesse de la remarque de Régis qui, dans son étude des terminaisons de la confusion mentale, écrit : « Lorsque celle-ci passe à l'état chronique, elle verse plus ou moins rapidement dans une démence spéciale... Durant cette transition et lorsqu'elle a tourné à la démence, la maladie conserve encore certains caractères de la confusion mentale antérieure. » Les caractères sont la prédominance dans le tableau clinique, de l'amnésie, particulièrement de l'amnésie continue ou de fixation, bien plus affaiblie que l'amnésie rétrograde ou d'évocation : cette atteinte élective de la mémoire porte sur la période de l'accès confusionnel subaigu (amnésie lacunaire souvent absolue) et sur les périodes ultérieures, caractérisées par l'insuffisance de fixation et de conservation des faits de perception et de conscience. Cette amnésie entraîne la désorientation continue, le désordre des actes, et l'impossibilité de la plupart des opérations intellectuelles et pratiques de la vie. Le malade est en partie conscient de cette amnésie, sinon dans son étendue, son degré et ses conséquences, au moins dans son existence et dans sa gravité. Enfin, l'affaiblissement porte très inégalement sur les autres éléments de l'activité psychique, sur le jugement, les sentiments et la volonté.

Cette démence lacunaire et inégale, surtout mnésique, longtemps stationnaire ou très lentement progressive, s'accompagne d'états de l'humeur et de réactions émotives très variées, subordonnées au caractère des malades et aux préoccupations délirantes plus ou moins vagues qui peuvent compliquer la démence.

L'association à cet état de déficit psychique particulier des signes de la polynévrite chronique, en particulier de l'absence des réflexes tendineux, doit orienter l'enquête médicale sur la recherche anamnestique de la psychopolynévrite et facilite ainsi le diagnostic des troubles mentaux. De même, la constatation d'une démence possédant les caractères d'un déficit, surtout mnésique et confusionnel, doit inviter à la recherche des signes d'une polynévrite chronique plus ou moins latente, et ainsi s'éclaireront mutuellement dans leur étiologie, leur nature, leurs connexions et leur pronostic, les éléments centraux et périphériques des psychopolynévrites chroniques, séquelles fréquemment associées de l'atteinte, par un processus toxi-infectieux diffus, des deux pôles extrêmes du système nerveux.

R. DUPOUY et R. CHARPENTIER. **Traumatismes craniens et troubles mentaux.** (L'*Encéphale*, n° 4, 1908, p. 297.)

Le problème médico-légal que soulèvent ces traumatismes craniens depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail ajoute encore à l'intérêt de cette

étude, naguère exclusivement étiologique, et nécessite aujourd'hui une analyse plus minutieuse de chaque cas particulier. Ces troubles sont essentiellement variables dans leur forme, leur intensité, leur durée et leur évolution ; aussi la « folie traumatique » comprend-elle de très nombreuses variétés dont la multiplicité et la diversité ne pourront qu'augmenter avec les progrès de la clinique et de l'anatomie pathologique.

A côté de l'hystérie et de l'épilepsie traumatiques, Kræpelin, dans son *Introduction à la psychiatrie clinique*, distingue trois grands types de folie consécutive aux traumatismes craniens. Le premier, déterminé par une simple commotion cérébrale, est caractérisé par l'amnésie du traumatisme, la désorientation, la difficulté de la compréhension, la tendance à la fabulation, et se résout par la guérison.

Le second, provoqué par des lésions crânio-encéphaliques bien plus considérables, est marqué par de profondes modifications du caractère et aboutit à une démence progressive avec affaiblissement de la mémoire, pauvreté des représentations mentales, manque d'excitation psychique, absence de tout sentiment, indifférence et désintéressement généralisé, susceptibilité morbide avec crises d'excitation et colères violentes. Au lieu de guérir, les troubles mentaux s'aggravent avec le temps et passent à la chronicité.

Le troisième type, enfin, reconnaît comme fondement primordial le shock moral, la peur éprouvée lors du trauma. C'est la névrose traumatique essentiellement constituée par une exagération considérable de l'émotivité provoquée et entretenue par deux facteurs, un très fort ébranlement émotif au moment de l'accident et la *lutte pour la rente* qui assombrit souvent si péniblement les conséquences de ce dernier.

Cliniquement, et en dehors des cas dans lesquels le traumatisme n'est qu'une coïncidence et ne peut même pas être considéré comme une cause occasionnelle, les psychoses traumatiques comprennent les faits les plus disparates au double point de vue symptomatologique et pronostique et une classification exclusivement clinique apparaît d'emblée comme impossible à réaliser. Toute observation de troubles mentaux consécutifs à un traumatisme du crâne,quelles que soient la nature et la gravité de ce traumatisme, la variété et l'évolution de l'affection mentale, peut. en effet, être étiquetée psychose traumatique sans qu'il soit besoin pour cela d'insister sur la personnalité antérieure du traumatisé, sur son alcoolisme chronique, le mauvais fonctionnement de son foie, son hystérie latente ou vivace, son aptitude convulsive ou sa prédisposition particulière. Or, ce sont là précisément des considérations de la plus haute importance, tel traumatisé faisant, après un accident plus ou moins grave, des troubles mentaux qui ressortissent bien plus à l'alcool, à l'infection de la plaie, à l'hystérie ou à l'état dégénératif, constitutionnel ou acquis, de ses facultés psychiques qu'au traumatisme lui-même et qui, cependant, auraient pu ne pas se développer sans ce dernier.

Si nous considérons les cas où le traumatisme est diffus et non pas localisé à telle ou telle région de l'encéphale, si nous acceptons, comme l'a constaté Duret, que « si l'une des parties des centres nerveux est atteinte par le traumatisme, toutes sont troublées », nous pouvons formuler les propositions suivantes :

1° Le traumatisme fait éclater la prédisposition spéciale inhérente à l'individu accidenté. Plus est marquée la prédisposition, mains la gravité du traumatisme est nécessaire pour déterminer les mêmes troubles.

2° Un traumatisme du crâne pourra faire éclore des accidents hystériques ou épileptiques chez un individu en puissance d'hystérie ou d'épilepsie, un accès de délirium tremens chez un alcoolique chronique, une phase de confusion mentale chez un autointoxiqué (hépatique, rénal, etc.).

3° Une lésion légère des centres nerveux déterminera une exaltation des fonctions intellectuelles; une lésion destructive, un anéantissement de ces fonctions.

4° La démence post-traumatique est toujours le résultat de lésions très graves, profondes et étendues, de l'encéphale. Cette démence peut, chez les individus qui y sont prédisposés, revêtir l'aspect de la paralysie générale vraie.

Les auteurs rapportent une observation : Après être resté trois jours dans un état subcomateux, le traumatisé présente le tableau qu'Esquirol et Georget ont décrit sous l'étiquette de démence aiguë et que nous dénommons aujourd'hui confusion mentale. Cette confusion s'accompagne de tout son cortège habituel, désorientation, fausses reconnaissances, confabulation, etc. ; il s'y mêle quelques hallucinations et une agitation assez particulière qui mérite que nous nous arrêtions un instant sur elle.

Cette agitation, en effet, n'appartient guère au cadre de la confusion mentale. Le confus est généralement inquiet, anxieux même, s'effare volontiers, s'épouvante d'un geste; il scrute l'horizon de sa chambre avec crainte, interroge du regard sinon de la parole celui qui l'approche et à qui il témoigne ouvertement une grande méfiance; son délire est triste, voire effroyable; il porte les sombres couleurs de la mélancolie ou de la persécution et précipite le malade illusionné ou halluciné en des réactions défensives ou agressives vis-à-vis de ses ennemis imaginaires.

Toute autre fut ce sujet : joyeux, hilare, porté à toutes les plaisanteries et excentricités, nullement violent ni méchant, et dont le délire expansif, marqué au coin de l'optimisme le plus pur, de l'euphorie la plus béate, lui faisait admettre qu'il était fort riche et allait passer amiral et lui communiquait une bonne humeur inaltérable et un exubérant entrain. Le délire une fois disparu, le fond mental sur lequel il s'est installé demeure, allant progressivement en s'atténuant. A quoi peut-on attribuer cette aménomanie, cette heureuse satisfaction ?

Devons-nous rapporter les troubles psychiques à un seul facteur, le traumatisme crânio-cérébral? Celui-ci a revêtu évidemment une certaine intensité; outre la notion d'un état subcomateux ayant duré trois jours, les renseignements fournis par la ponction lombaire qui nous a montré la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien, et nous a, par conséquent, donné la preuve de l'existence d'une contusion cérébro-méningée avec rupture de petits vaisseaux et hémorragie sous-arachnoïdienne. Mais cette lésion traumatique est-elle la seule cause de la confusion mentale? Nous ne le pensons pas; nous croyons qu'il faut dans la genèse de cette dernière faire jouer le rôle capital, primordial, à la qualité du terrain, à sa prédisposition particulière.

Le traumatisme est, en effet, survenu chez un individu qui a été successivement victime de plusieurs processus d'intoxication. Il a d'abord été, à un âge relativement peu avancé, soumis à l'alcoolisation militaire, relatée plus haut, qui a pu avoir un certain retentissement sur son foie et qui a, d'autre part, certainement influencé ses cellules cérébrales, puisque nous l'avons vu à cette époque en proie à des cauchemars portant la marque de l'alcoolisme.

Puis, à dix-neuf ans, une fièvre typhoïde est venue frapper cet organisme déjà imprégné d'alcool; or, nous savons combien sont fréquentes les insuffisances hépatiques légères, mais à évolution chronique qui voient le jour grâce à l'éberthite. N'oublions pas, enfin, que le séjour de plusieurs années aux colonies a pu s'accompagner de manifestations plus ou moins frustes de paludisme ou de toute autre infection glanée en des pays chauds et malsains.

Alcool, fièvre typhoïde, poisons coloniaux, tels sont les lourds tributs dont a été grevée l'économie de notre traumatisé. L'insuffisance hépatique devait en être presque fatalement la conséquence. De fait, celle-ci existait. Nous

avons vu qu'elle avait été diagnostiquée antérieurement à l'accident et qu'elle s'était ouvertement manifestée par un subictère intermittent et des sensations douloureuses au niveau du foie; nous-mêmes l'avons décelée par la recherche de l'hypoazoturie et de l'indicanurie. Et c'est, croyons-nous, parce que notre sujet était un insuffisant hépatique, c'est-à-dire un auto-intoxiqué, qu'il a fait un épisode de confusion mentale à la suite de cet accident. En état d'imminence morbide spéciale, le même syndrome confusionnel se serait développé chez lui à l'occasion de tout autre événement de pareille importance (shock opératoire, infection aiguë, exo ou endo-intoxication massive...).

Si l'amnésie rétro-antérograde classique des accidentés semble donc directement liée au traumatisme lui-même, à la commotion, à la contusion cérébrale, au shock cellulaire, le syndrome confusionnel et hallucinatoire, son compagnon fréquent mais non fatal, nous paraît au contraire justiciable (du moins dans certains cas) d'une intoxication préalable de l'organisme, d'une insuffisance organique plus ou moins latente, hépato-rénale, le plus souvent.

S. Soukhanoff. **Sur la mélancolie alcoolique.** (*L'Encéphale*, n° 4, 1908, p. 315.)

Etant admis la combinaison de l'alcoolisme avec les symptômes mélancoliques, l'auteur distingue trois catégories de manifestations morbides :

1° La *mélancolie alcoolique* se rapportant au groupe des psychoses combinées.

2° La *mélancolie*, à laquelle s'associe pendant l'accès d'angoisse, le désir impérieux des boissons fortes, qui parfois survient chez le malade.

3° La *dipsomanie*, précédée par des phénomènes d'état émotif pénible et désagréable.

Anglade et Jacquin. **Un cas de démence précoce à forme paranoïde (avec autopsie).** (*L'Encéphale*, n° 6, 1908, p. 453.)

Les auteurs rapportent un cas de démence précoce terminé par la tuberculose pulmonaire. Sur la table d'autopsie, on pouvait déceler par la vue et le toucher, des territoires de sclérose que la fixation rendait évidente et que le microscope permet de caractériser histologiquement.

Ce sont des foyers sous-corticaux de gliose intense dans lesquels on reconnait les gros éléments de la sclérose en plaques ou du gliome, répandus à travers les mailles d'un réticulum très dense et formé par des fibres névrogliques de gros calibre.

Sur la réalité de ces lésions il ne peut y avoir un doute, pas plus que sur leur prédominance au niveau de la frontale ascendante, du lobe frontal, du lobe occipital. Il est plus délicat de les interpréter. Elles sont à rapprocher de celles que l'on observe dans certains cerveaux séniles, mais assurément elles ne rentrent dans aucune des catégories si bien établies par Léri. Ce n'est ni l'état lacunaire, ni l'atrophie en masse, ni même l'état vermoulu. C'est cependant de ce dernier qu'elles s'écartent le moins. Nous n'insisterons pas sur les ressemblances ou les caractères différentiels; il nous suffira de dire que, dans notre cas, les ulcérations corticales font absolument défaut. Nous avons, par contre, trouvé dans le cerveau d'un grand nombre d'épileptiques, et d'épileptiques jeunes, dont l'épilepsie avait bien le caractère idiopathique, des lésions à peu près identiques. Cependant, la tendance à la formation lacunaire y était toujours plus marquée.

Ainsi, ces lésions semblent emprunter quelques-uns de leurs caractères au cerveau sénile, sans cadrer exactement avec aucune des formes décrites de la sénilité cérébrale.

Leur pathogénie est évidemment obscure. Cette femme était peut-être syphi-

litique et, certainement, tuberculeuse : la tuberculose pulmonaire avait adopté la forme fibro-caséeuse. On peut se demander si cette infection chronique à tendance sclérosante n'est pas responsable des lésions vasculaires et des scléroses en foyers. Hypothèse, sans doute, mais il faut bien reconnaître que la clinique et l'anatomie pathologique se trouvent d'accord pour soupçonner entre la tuberculose et la démence précoce un rapport de cause à effet. Cette hypothèse est soutenue depuis longtmps par Kiernan, Dunton, Claus, Klippel et plus récemment par Roubinovitch, Phulpin, Durocher, etc.

Ceci dit, il ne saurait entrer dans la pensée de soutenir que ces lésions sont précisément celles de la démence précoce à forme paranoïde. Elles disent seulement que cette forme, comme d'ailleurs la forme confusionnelle que nous avons étudiée précédemment, est susceptible de se terminer par des lésions d'atrophie scléreuse en foyers. Il n'est pas sans intérêt de constater que des formes cliniquement bien différentes d'une même maladie mentale se terminent à l'âge moyen de la vie, par des lésions à peu près identiques d'atrophie cérébrale.

Ce qui varie surtout, c'est la topographie des zones de sclérose corticale. Dans ce cas il y en avait de très étendues au niveau de la frontale ascendante dans l'hémisphère gauche. C'est pourquoi, sans doute, nous avons observé de l'épilepsie, de l'hémiparésie droite et une dégénérescence bien marquée du faisceau pyramidal sur toute la hauteur de l'axe cérébro-spinal. Cette localisation est assez rare, c'est pourquoi l'épilepsie n'est pas habituelle. Ce fait vient à l'appui de l'opinion des auteurs qui, pour expliquer les ictus terminaux de la démence précoce, invoquent des lésions organiques, « lésions maxima, foyers plus actifs dans la sphère motrice ».

Presque tous les observateurs ont noté l'atrophie des circonvolutions frontales ; elle ne manque jamais, toutes les fois qu'il y a eu démence profonde.

Mais si les lésions grossières relevées ne sauraient être considérées comme le substratum anatomique de la démence précoce, il est logique de supposer qu'elles en sont une exagération. Cette encéphalite scléreuse sous-corticale, si évidente aujourd'hui, parce qu'elle s'est concentrée sur certains points pour y former des plaques, a existé à l'état de diffusion durant le cours de la maladie. Cette encéphalite, discrète et diffuse, a peut-être été la cause du désordre des idées, des impulsions, avant d'occasionner des convulsions.

D. Pachantoni. **La dissolution de la vie affective dans la vieillesse.** (*L'Encéphale*, n° 6, 1908, p 463.)

L'homme âgé cesse d'exister pour son époque ; il se désintéresse de la société ; il devient indifférent à ses amis, à ses parents, à sa famille, et, absorbé de plus en plus par son « moi » intime, il fait du bien-être individuel la seule préoccupation de sa vie.

La disparition des différents sentiments est en partie l'effet de la déchéance intellectuelle ; il est naturel qu'une idée disparue, l'état affectif qui l'accompagne disparaisse avec elle. Mais, en partie, la dissolution de l'affectivité est un fait indépendant et autonome.

D'une façon générale, la déchéance affective devance, au cours de l'involution sénile, la déchéance intellectuelle.

Les sentiments sociaux et moraux. — Les sentiments sociaux et moraux, dernières acquisitions de l'évolution mentale, sont les premiers qui dans la vieillesse témoignent de l'affaiblissement. Les altérations qu'ils accusent tiennent : 1° à l'affaiblissement des tendances altruistes ; 2° à la recrudescence, peut-être apparente, des tendances égoïstes ; 3° à l'extinction de l'instinct sexuel et des émotions concomitantes, et 4° à la déchéance de l'intellect.

Le sentiment esthétique. — L'origine du sentiment esthétique est l'activité superflue qu'on a nommé « activité de luxe » et qui est une forme du jeu. Cette activité était au commencement assujettie à des causes utiles et appuyée sur des formes d'activité directement nécessaires ; elle devient de plus en plus désintéressée. Elle avait un caractère collectif ; elle tend à devenir individuelle, et, primitive encore chez la majorité des hommes, elle atteint dans les natures privilégiées la perfection sublime reflétée dans les créations d'un génie. L'auteur se limite à ces remarques capitales : 1° que le sentiment a sa source dans la dépense d'un superflu vital ; 2° qu'il est en rapport avec l'instinct sexuel ; 3° que, sous sa forme individuelle et désintéressée, ce sentiment est une émotion tardive, dans l'histoire de la civilisation anisi que dans la vie de l'individu.

Stérilité imaginative et impossibilité de concevoir des formes nouvelles ; tendances à se copier et à travailler avec des souvenirs qui apparaissent déguisés en conceptions nouvelles dans des reviviscences trompeuses et s'arrangent d'après de vieilles affinités ; substitution du procédé à l'inspiration momentanée et l'exécution libre ; voilà tout un ensemble de détails qui traduisent la misère sénile du sentiment esthétique et dénotent la mort de l'artiste. Car c'est le sentiment esthétique qui constitue sa personnalité, qui le rend libre et original, qui le fait vibrer aux impressions nouvelles, qui le pousse à créer et à superposer au monde réel un monde imaginaire et idéal.

Le vieillard n'est pas propre. Le besoin de propreté peut, à son origine, être assimilé au besoin organique du corps qui consiste à restituer au dehors les matières inutiles et nuisibles. Il est rudimentaire chez l'homme inculte et chez l'enfant ; mais à mesure que l'esprit se développe, le besoin de propreté, de tendance organique qu'il était au commencement, devient une nécessité dictée par l'hygiène et une des premières observances esthétiques.

L'instinct sexuel. — Cet instinct, qui apparaît le dernier dans l'ordre chronologique chez les animaux supérieurs et chez l'homme, est le premier qui soit susceptible d'affaiblissement au cours de l'involution sénile. « A partir de quarante ans, la puissance sexuelle tend à diminuer et, à partir de soixante dix ans ou même avant, à s'éteindre Exceptionnellement, on trouve des vieillards de quatre-vingts ans qui sont encore puissants. Normalement, l'appétit sexuel diminue avec l'âge. » « Toutes les impulsions organiques venant des organes génitaux, de même que toutes les représentations et impressions sensitives laissent le vieillard impassible au point de vue sexuel. »

Le libido sénile, qu'on observe plus souvent chez la femme (Krafft-Ebing), n'est qu'un simulacre du besoin sexuel, un produit morbide de l'imagination. Il apparaît parfois chez des individus dont la vie sexuelle était éteinte depuis longtemps et dont les organes génitaux étaient atrophiés. Normalement, l'appétit et la puissance sexuels disparaissent plus tôt chez la femme que chez l'homme.

La peur et ses manifestations. — Dans les perturbations séniles de l'affectivité la peur est la forme affective qui prédomine. Soit comme une émotion dépourvue de raison apparente et de corrélatif intellectuel, soit doublée d'hallucinations et d'idées délirantes, elle acquiert un grand pouvoir sur la conscience. Elle atteint parfois une intensité dangereuse pour le malade qui est poussé par l'anxiété hallucinatoire même au suicide. Nous éliminons de notre étude les manifestations franchement pathologiques de la peur et nous nous limitons à l'examen de phénomènes normaux, c'est-à-dire habituels dans la vieillesse. Telles sont les formes mitigées et « spécialisées » de la peur que nous étudions sommairement dans l'avarice et le « collectionisme », dans la méfiance, dans l'hypocondrie, dans le misonéisme ou le conservatisme et dans la dévotion ou la bigoterie du vieillard. Ces dispositions sont, il est vrai, des

états psychiques complexes qu'on ne saurait ramener à une seule formule; pourtant la peur y est l'élément fondamental.

Le misonéisme du vieillard est dans une large part une crainte du nouveau, une vraie *néophobie*. L'adoption d'une rénovation quelconque comporte, surtout dans l'application pratique, les risques et les dangers du non éprouvé et de l'inconnu. Toute tendance vers le progrès demande avec du courage l'amour du danger même qui est au fond de toute grande passion. Ce sentiment caractéristique de la jeunesse disparaît chez le vieillard pour qui le danger n'a plus aucun attrait et aucun charme. Toute originalité le laisse sceptique et toute innovation trouve en lui un réactionnaire dont la faiblesse seule modère l'intolérance.

Le vieillard est méfiant.

Les idées hypochondriaques sont habituelles chez le vieillard; elles sont encore une manifestation de la peur. Sans être vraiment malheureux et sans aucune tendance à se croire gravement atteint le vieillard trouve en lui différents petits maux incurables mais bénins.

La piété du vieillard est une manifestation de la peur et de l'égoïsme. Elle est utilitaire et très intéressée. Elle traduit l'attachement de l'homme à la vie; et quand elle vise la possession du bonheur après la mort, elle émane de la crainte de l'inconnu et non du besoin d'aimer Dieu.

Le bonheur dans la vieillesse. — Sans exagération, on peut dire *qu'il se fait dans la vieillesse normale une détente psychique accompagnée d'un sentiment agréable et que la bonne humeur du vieillard est aussi indépendante des causes extérieures que l'humeur joyeuse de l'enfant.*

Le contentement du vieillard normal est tout d'abord organique et étranger à l'idéation; néanmoins il tient aussi aux opérations de l'intellect.

Sous l'impulsion des tendances égoïstes, son passé qu'il se détaille avec une complaisance infinie, lui paraît de plus en plus beau; il y trouve mille détails rehaussant le rôle de sa personnalité autour de laquelle vient se placer tout un monde d'événements. Ces représentations agissent à leur tour sur son affectivité et remonte son moral.

Les plaisirs ne chatouillent plus les sens du vieillard; il est privé des agréments de la vie active dont il est un vieux vétéran. Mais « il n'y a point de privation dès qu'il n'y a plus de désir ». Et peut-être Cicéron a raison quand il dit que l'absence de désir vaut mieux que la jouissance. Les plus vifs sentiments du vieillard se rapportent à la vie organique dont les besoins sont faciles à contenter. Il n'est pas dévoré par les ambitions démesurées et les passions de l'âge adulte. Il vit dans le moment et son insouciance enfantine n'a pas de lendemain. Le vieillard est heureux parce qu'il ne *veut* pas.

L. TREPSAT. **Epilepsie et menstruation.** (*Encéphale*, n° 6, 1908, p. 486.)

L'auteur conclut :

1° Pendant la période d'activité sexuelle des épileptiques, les crises comitiales sont plus fréquentes au moment des menstrues, et surviennent souvent par séries les derniers jours des règles et les deux ou trois jours qui suivent. Les vertiges sont parfois nettement augmentés pendant les périodes cataméniales.

2° L'époque de la puberté est généralement retardée chez les épileptiques; une fois établie, la menstruation est souvent irrégulière; enfin à la ménopause, les attaques ont une tendance à perdre leur caractère de paroxysme chronique.

3° On note, chez un grand nombre d'épileptiques, des troubles psychiques (agitation ou dépression) pendant les règles.

De telles conclusions peuvent avoir une certaine portée pratique, et il sem-

ble légitime, chez un assez grand nombre d'épileptiques tout au moins, de diriger la thérapeutique du côté des fonctions ovariennes. Ainsi Breman dit avoir obtenu un excellent résultat en traitant par la transplantation ovarienne une jeune fille de dix-neuf ans atteinte d'épilepsie menstruelle. Toulouse et Marchand, par l'opothérapie ovarienne, ont, de leur côté, réussi à diminuer le nombre des crises, et surtout des vertiges chez cinq malades : deux femmes de vingt et vingt-huit ans qui n'avaient jamais été réglées, une jeune fille de dix-huit ans qui avait été réglée une fois et ne l'était plus depuis longtemps; et deux femmes devenues épileptiques au moment de la ménopause.

J. Ramadier et L. Marchand. **La glande thyroïde chez les aliénés.** L'*Encéphale*, n° 8, 1908, p. 122.)

Pour étudier les altérations du corps thyroïde chez les aliénés du département du Loir-et-Cher, région non goîtreuse, les auteurs ont systématiquement recueilli cet organe aux autopsies; ils l'ont pesé, examiné macroscopiquement et microscopiquement. Ils donnent de plus le relevé des poids de deux cents soixante-dix-huit glandes thyroïdes, recueillies chez des aliénés du département de l'Aveyron, pays où les goitres sont fréquents.

Ils concluent :

Le poids de la glande thyroïde varie suivant les régions. A l'asile de Rodez, 72,2 p. 100 des glandes thyroïdes pèsent plus de 30 grammes; à l'asile de Blois, 31,2 p. 100; à l'asile de Rennes, 6,6 p. 100; à l'asile de Villejuif, 18,1 p. 100.

Les lésions macroscopiques du corps thyroïde sont surtout fréquentes chez les aliénés vivant dans des régions goitrigènes.

Les régions microscopiques des glandes thyroïdes sont très communes, soit qu'on les recherche chez des sujets n'ayant jamais présenté de troubles mentaux, soit chez des aliénés.

Sur quarante-huit glandes provenant d'aliénés du Loir-et-Cher, huit sont absolument normales, dix-huit ne présentent qu'une sclérose légère; dans cinq cas, on observe, à côté de zones saines, des régions sclérosées; quatorze glandes présentent de la sclérose diffuse avec atrophie des vésicules; deux glandes sont atteintes de thyroïdite parenchymateuse et une de thyroïdite interstitielle.

D'après ces documents, il est impossible, exception faite pour le crétinisme et le myxœdème, d'établir un rapport entre les lésions du corps thyroïde, les formes des maladies mentales ou les affections qui ont causé la mort des sujets.

G. Dromard **Apraxie et démence précoce.** L'*Encéphale*, n° 8, 1908, p. 162.)

L'auteur rapporte deux observations :

En passant en revue les réactions motrices de ces deux malades, on ne peut nier que ces réactions soient entachées d' « apraxie » à condition de laisser à cette expression son plus large sens. L'apraxie peut se définir en effet « l'incapacité de mouvoir telle ou telle partie du corps conformément au but proposé, la motilité de cette partie étant d'ailleurs conservée ». Mais « se mouvoir conformément à un but » constitue par soi-même un processus infiniment complexe et qui est représenté pour le psychologue par une série d'opérations successives. Ce processus exige déjà, pour se mettre en train, *que l'ordre soit compris*, et, si cet ordre implique l'usage de divers objets, il faut encore *que ces objets soient identifiés, c'est-à-dire fixés par la reconnaissance.* Ces conditions étant admises, le sujet est possesseur d'une *idée directrice principale ou finale* qui n'est autre chose, après tout, que la représentation du résultat extérieur de l'acte accompli. Or, l'accomplissement *final* de cet acte implique

l'exécution effective d'une série d'actes *intermédiaires* qui doivent êti engendrés eux-mêmes par autant d'idées directrices. La *représentation totale* est donc normalement suivie d'une série de *représentations partielles* dont l'ensemble est en quelque sorte la *texture*, le *plan complet*, ou — comme l'on dit encore — la *formule kinétique* de l'acte. Jusqu'ici, les opérations sont purement psychiques : elles se passent très probablement hors du motorium. Pour que le mouvement s'effectue réellement, la formule kinétique ainsi constituée doit être portée sur le motorium, c'est-à-dire sur les centres de projection. Les éléments qui constituent cette formule — nous voulons dire les représentations partielles de mouvement — sont transformés à ce niveau en autant d'*images kinesthésiques segmentaires* qui représentent déjà un début de réalisation. Enfin, les images kinesthésiques segmentaires sont à leur tour le point de départ des *innervations motrices* qui vont procéder d'une façon définitive à l'exécution de l'acte commandé. Ainsi, l'accomplissement d'un acte volontaire implique au total quatre opérations : — a) *Fixation de l'idée directrice principale ou finale;* — b) *Décomposition de cette idée directrice principale ou finale en idées directrices secondaires ou intermédiaires;* — c) *Transformation de ces idées directrices secondaires ou intermédiaires en autant d'images kinesthésiques segmentaires;* — d) *Transformation de ces images kinesthésiques segmentaires en innervations motrices.* De ces quatre opérations, les deux premières sont exclusivement psychiques, ainsi que nous le disions plus haut, et elles représentent, à vrai dire, dans leur ensemble, ce qu'on peut appeler la « préparation idéatoire » de l'acte. C'est cette phase de « préparation idéatoire » qui est troublée chez nos deux malades, et cela en raison d'obstacles qu'il n'est pas toujours aisé de définir, mais qu'on peut dissocier pourtant, à la faveur d'une analyse un peu minutieuse.

a) Dans un *premier groupe* de faits, *l'attention s'épuise au cours même de l'exécution.* Elle laisse échapper l'idée directrice sitôt éclose, et il en résulte que le mouvement à peine ébauché reste suspendu.

b) Dans un *deuxième groupe* de faits, *l'attention ne s'épuise pas, mais dévie au cours de l'exécution.* Elle abandonne l'idée directrice pour une autre, et il en résulte que, la représentation initiale étant énucléée du champ de la conscience par l'intruse, l'acte évoqué primitivement se laisse supplanter d'une manière fortuite par un acte tout différent.

Parfois, la représentation étrangère qui vient s'immiscer dans l'acte est elle-même sous la dépendance d'une association *provoquée.* Le malade verra un objet, entendra un son, ou percevra une sensation tactile qui viendra le distraire et fera dérailler à son profit le processus moteur.

D'autres fois, la représentation étrangère est sous la dépendance d'une association *spontanée.* L'idée de l'acte à exécuter fera naître une idée voisine ou plus ou moins éloignée, et cette dernière engendrera à son tour un mouvement qui lui est adéquat.

Dans certains cas enfin, la représentation étrangère paraît surgir sans association. Elle se présente en apparence d'une façon arbitraire, mais sa genèse n'échappe pas à l'observateur.

Tantôt, il s'agit d'un *mouvement stéréotypé* qui vient s'interposer à tout propos dans le champ de la conscience, et remplacer du même coup l'acte commandé.

Tantôt il s'agit d'un *mouvement persévérant* qu'on a évoqué antérieurement et qui surgit à nouveau lorsqu'on cherche à en provoquer un autre.

c) Dans un *troisième groupe* de faits, *l'attention n'est ni épuisée ni déviée, mais elle est mal distribuée entre les représentations de mouvements partiels ou intermédiaires dont l'ensemble doit concourir à l'exécution totale et complète de l'acte.* Il y a interversion de ces représentations et le résultat définitif est faussé.

d) Dans un *quatrième groupe* de faits, *il y a encore distribution défectueuse de l'attention qui néglige partie ou totalité des représentations de mouvement partiels ou intermédiaires pour se concentrer d'une manière exclusive et anticipée sur l'acte final.*

Conclusions :

1° A côté de l'apraxie motrice et en dehors de l'apraxie sensorielle, il existe une *apraxie idéatoire.*

2° Psychologiquement, l'apraxie idéatoire répond à un trouble de l'activité volontaire se produisant dans la *phase qui est immédiatement consécutive à la représentation de l'acte et au cours de laquelle s'effectue la préparation idéatoire du plan détaillé de cet acte.*

3° Cliniquement, l'apraxie idéatoire nous met en présence d'un fatras de réactions extrêmement variées et qu'il n'est pas toujours facile de débrouiller. Ces réactions se traduisent par des *omissions*, des *interversions*, des *substitutions* et des *suspensions* au cours des actes partiels qui concourent à former par leur réunion un acte total. Elles se rattachent toujours plus ou moins à une mauvaise distribution ou à un relâchement de l'attention.

4° L'analyse de tels phénomènes nous semble éclairer d'un jour suffisant bien des bizarreries de la motilité que présentent les *déments précoces*, en résumant dans une théorie d'ensemble et sous un seul mot des phénomènes qu'on a interprétés de mille façons et qu'on a décrits sous les appellations les plus variées et les plus imprécises d'ailleurs.

Les observations de ce genre prises avec patience et détaillées avec minutie permettront d'aller plus avant dans l'étude de certains états auxquels on a donné l'étiquette très vague d' « obnubilation » ; elles apporteront peut-être aussi dans l'avenir une contribution des plus suggestives à la distinction des *pseudo-démences.*

REVUE D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

A. LACASSAGNE. **Peine de mort et criminalité.** (*Archives d'anthropologie criminelle*, janvier 1908.)

On peut remonter loin dans l'ordre chronologique : on verra la question toujours discutée, toujours en suspens. Platon dans son livre *Les Lois* disserte sur la peine de mort avec les mêmes arguments, les mêmes objections, la même sentimentalité, la même absence de preuves expérimentales que les législateurs contemporains.

Pour Platon, le crime est une maladie et le criminel un malade. On doit donc s'assurer de la curabilité ou non de cette maladie. Si le malade peut guérir on le rendra à la Société; on devra appliquer tous les remèdes nécessaires pour empêcher le mal et le combattre ; il en résulte qu'il faut agir principalement sur les causes parmi lesquelles la plus importante est l'ignorance.

Quand le malade est incurable, c'est que le criminel n'est pas transformable. Il est une charge pour lui et les autres, un ferment de maux, un foyer de nuisances répandant le mauvais exemple. L'Etat a le droit et le devoir de se défendre : il faut expulser le criminel hors du territoire, ou mieux encore s'en débarrasser plus sûrement par la mort. Celle-ci délivre la République d'un danger évident, et ce malheureux d'une existence très lourde.

M. Guyot-Dessaigne, garde des sceaux, examine la question d'une manière très remarquable :

I. — *La peine de mort est contraire à l'individualisation et aux principes de*

la « politique criminelle » moderne. — Le législateur de 1810 a établi comme principes fondamentaux de la pénalité l'intimidation et l'exemplarité. Au cours du siècle dernier, la science du droit pénal a subi une évolution profonde.

La raison d'être et la limite du droit de punir doivent être cherchées dans la combinaison du juste et de l'utile : la peine n'est légitime que dans la mesure où elle est juste; elle n'est nécessaire que dans la mesure où elle est utile; elle n'est admissible qu'à la condition d'être réparable.

Or, la peine de mort ne satisfait à aucune des conditions exigées en matière de sociologie pénale : c'est assez dire que son abolition s'impose.

II. — *La peine de mort est en contradiction avec l'évolution historique du système des peines.* — Suivant la remarque d'un jurisconsulte et philosophe, « l'histoire de la peine a été une abolition constante ».

Il suffit de jeter un coup d'œil sur la législation pénale du XIXe siècle pour constater que les cas d'application de cette peine deviennent de plus en plus rares.

On peut constater un mouvement parallèle dans les législations étrangères et il est intéressant de signaler que, dans les pays où l'on a procédé récemment à la refonte de la législation pénale, la peine capitale a été supprimée.

La peine de mort a été abolie en Grèce (1862), en Roumanie (30 octobre 1864), en Portugal (1er juillet 1867), dans les Pays-Bas (17 septembre 1870), en Italie (30 juin 1889), dans la majorité des cantons suisses, dans la République de Saint-Marin, dans celle de Costa-Rica, au Brésil, au Venezuela (28 octobre 1903), en Norvège (1er janvier 1904) ; elle n'est pas comprise dans la liste des peines établies par l'avant-projet du Code pénal fédéral suisse. En Russie, la peine de mort n'est applicable qu'aux infractions politiques.

Dans les pays mêmes où cette peine a été maintenue, elle n'est plus appliquée : en Suisse, en Allemagne, la condamnation est habituellement commuée; en Belgique, elle est supprimée de fait; la même constatation peut être faite en ce qui concerne les cantons suisses qui ont cru devoir user de la faculté donnée par la dernière loi fédérale du 18 mai 1879 et ont rétabli la peine de mort dans leur législation.

En France, un double phénomène se produit :

1° Une progression toujours croissante des déclarations du jury portant admission de circonstances atténuantes, à l'effet d'éviter l'application de la peine capitale ;

2° Une décroissance du chiffre des exécutions par suite de l'exercice du droit de grâce concédé au chef de l'Etat.

III. — *Des raisons de rayer de nos lois la peine de mort.* — La peine de mort ne présente aucun des caractères requis par la science pénale :

1° *Elle est inefficace :* la statistique a démontré que dans les pays où elle a été supprimée son abolition et son remplacement par un châtiment moins inhumain n'ont point amené une recrudescence de la criminalité ;

2° *Elle n'est pas intimidante :* elle n'a jamais arrêté l'individu déterminé à commettre le crime ;

3° *Elle n'est pas moralisatrice :* sur ce point il nous paraît inutile d'insister; certaines exécutions récentes ont été l'occasion de scènes scandaleuses ;

4° *Elle n'est pas nécessaire :* il pouvait en être ainsi dans les siècles précédents; aujourd'hui l'Etat dispose de moyens de coercition suffisants pour prévenir le retour de nouveaux crimes; les établissements de détention sont organisés de façon à assurer la surveillance étroite des prisonniers et les chances d'évasion sont rares et périlleuses ;

5° *Elle est contraire à la doctrine de l'amendement;*

6° *Seule entre toutes les peines, elle n'est pas susceptible de graduation et elle est arbitraire dans son application;*

7° *Mais surtout elle n'est pas réparable*, et c'est là l'objection la plus forte, parce qu'elle est sans réplique, que l'on ne cessera d'élever contre elle.

Ainsi envisagée à la lumière des principes scientifiques, cette pénalité ne présente aucun des caractères requis en matière de pénalogie.

IV. — *De la peine à substituer.* — La suppression de la peine de mort entraîne l'examen de plusieurs questions importantes de droit pénal.

La peine substituée à la peine de mort serait l'internement; cette peine serait perpétuelle; elle se décomposerait en deux périodes :

1re période : six années de cellule;

2e période : détention à vie dans une maison de force spéciale.

M. Cruppi, ancien avocat général à la Cour d'appel de Paris, a brillamment exposé les arguments de la thèse soutenue par les abolitionnistes.

M. Cruppi se demande si la troupe des antisociaux, composée des voleurs, des vagabonds et des meurtriers ayant commis leurs crimes sans préméditation, doit être poussée vers la guillotine. Personne n'oserait le demander, mais alors les partisans modernes de la peine de mort veulent tout simplement que la guillotine soit dressée pour une, deux ou trois fois, six fois au plus.

Il ne faut pas attribuer à la peine capitale une vertu magique, mais chercher à transformer notre législation pénale, vieille, mal faite, racommodée de-ci ou de-là et jamais complètement transformée. Quel est le problème pénal à notre époque? « Nous voulons défendre l'organisme social contre les individus malfaisants, sans abdiquer aucun des principes du droit moderne, sans diminuer les garanties de la liberté individuelle, sans porter directement ou indirectement atteinte par des tortures à l'intégrité physique des délinquants. » Dans ces conditions, la société doit faire appel à des moyens préventifs ou répressifs.

Il faut remplacer la peine de mort par l'internement perpétuel, c'est-à-dire « que le condamné passera toute sa vie dans une maison de force spéciale, où il sera astreint le jour au travail forcé en commun, et soumis, la nuit, au régime de l'isolement ». En même temps, on modifiera l'échelle des peines, on apportera des changements dans l'organisation du jury et des tribunaux correctionnels.

A l'heure actuelle, il y a une augmentation des crimes de sang, les assassinats jugés contradictoirement ont légèrement augmenté, mais les meurtres et les coups et blessures se sont accrus énormément. De là, l'élévation de la courbe des crimes aux auteurs inconnus, et les délits jugés ou non comme nous l'établirons plus loin. Autrefois dans les attaques nocturnes, les agressions de rue, les escarpes ou les tire-laines ont employé successivement le bâton, le poignard, le couteau; aujourd'hui, l'apache a un revolver.

Dans la dernière discussion à la Chambre sur l'insécurité des rues de Paris, un député a dit que l'on tuait sur les boulevards ou dans les rues après onze heures du soir : en janvier et février 1907, il y a eu à Paris 80 assassinats. Il faut bien signaler les étranges *contradictions* qui se font jour à notre époque. Beaucoup d'abolinionnistes n'hésitent pas à proclamer la nécessité du *duel*. Tel est disposé à tuer un adversaire en champ clos, qui ne veut pas reconnaître à l'Etat le droit de se défendre contre les assassins. On aurait horreur d'assister à une exécution capitale, mais on accepte d'être témoin dans un duel. Ainsi M. Cruppi, dans la rencontre Berteaux-Benoist, le 13 novembre dernier.

Le jury lui-même condamne à mort un assassin, sauf à voter ensuite un recours en grâce, mais il excuse et acquitte la femme trompée ou l'homme d'affaires qui se vengent par le vitriolage ou le revolver. Il arrive donc, qu'actuellement, beaucoup de citoyens se transforment en justiciers parce qu'on n'a plus confiance dans la justice officielle.

A. ALETRINO. **Uranisme et Dégénérescence.** (*Archives d'anthropologie criminelle*, août-septembre 1908.)

Fidèle à ses doctrines exposées déjà antérieurement dans ce jounral, l'auteur conclut :

1. L'humanité peut être, selon ses penchants sexuels, divisée en trois catégories : les hétérosexuels, les bisexuels, les uranistes.

2. Il faut distinguer entre « uranistes » et « les personnes qui commettent des actes unisexueis ». L'hétérosexuel peut, sous l'influence de diverses circonstances, arriver à commettre des actes unisexuels. Il reste pourtant, et restera toujours, hétérosexuel. Toute personne qui commet des actes unisexuels, n'est pas uraniste.

3. L'uranisme est toujours inné et doit être envisagé comme étant une variété.

4. Les causes, par lesquelles l'uranisme prend naissance et par lesquelles un enfant naît uraniste, ne sont pas connues.

5. Dépravation et immoralité ne sont jamais l'origine de l'uranisme. Ils peuvent être la cause (la prostitution masculine, par exemple) qu'un individu s'adonne à commettre des actes unisexuels.

6. C'est une assertion dénuée de fondement, qu'un hétérosexuel puisse, par surexcitation ou rassasiement de plaisirs sexuels avec des femmes, devenir uraniste. Jusu'à ce moment, on n'a jamais pu constater la même évolution chez l'uraniste, qui par surexcitation ou rassasiement serait devenu hétérosexuels. Si ce changement pouvait se faire, l'uraniste serait très facile à guérir.

7. *L'uranisme* n'est jamais la suite d'une aberration mentale. Dans certains cas les *actes homosexuels* trouvent leurs causes dans l'aliénation mentale de l'individu, qui les commet.

8. Dégénérescence et uranisme ne sont pas liés d'autre façon, ou plus ou moins, que dégénérescence et hétérosexualité.

9. L'uranisme est incurable, n'étant pas une maladie. Ni par des médicaments, ni par l'hypnose et la suggestion ou d'une autre manière, on ne peut changer un uraniste en un hétérosexuel.

10. Comme l'éducation, l'hypnose et la suggestion peuvent seulement opérer, que les individus compriment leurs désirs sexuels et ne commettent pas d'actes sexuels. On peut atteindre le même but, par l'hypnose et la suggestion, chez des hétérosexuels. La nature de l'individu reste la même.

11. Il n'est pas justiciable de conseiller à un uraniste de se marier pour le « guérir ». Ce conseil aboutit à son propre malheur et à celui de sa famille.

12. L'uranisme qui se révèle à un âge avancé de l'individu, est probablement une forme tardive, à moins qu'une aberration mentale ne soit la cause des actes unisexuels qu'il commet.

13. Si l'on veut discuter sur l'uranisme ou si l'on veut l'étudier, il ne faut pas avoir une opinion préfixée sur la morale sexuelle hétérosexuelle, ou sur la vie sexuelle, mais on doit envisager la question d'un point de vue neutre. L'uraniste est une variété et il ne faut pas le comparer à l'hétérosexuel, ou le regarder du même point de vue, mais il doit être étudié en vue de sa propre personnalité, c'est-à-dire comme uraniste.

14. Le dégoût, l'aversion, des idées religieuses ou des opinions bibliques, doivent être pour rien, en jugeant la question. Seuls les arguments scientifiques et les résultats des observations scientifiques importent.

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas de maladie de Friedreich

par le Dr J. GEERTS

Présentation des malades à la Société belge de Neurologie, séance du 25 juillet 1908

Les malades dont j'ai l'honneur de vous communiquer l'observation clinique se sont présentés au service de M. le Dr Glorieux.

Ils appartiennent tous deux à une famille de cultivateurs qui habitent une des régions les plus saines de la Flandre.

Je n'ai pu recueillir de renseignements sur les grands-parents maternels.

Le grand-père paternel est mort en 1894, âgé de 85 ans. La grand-mère, actuellement âgée de 88 ans, a subi deux ictus appoplectiques, la jambe droite est restée paralysée.

Les parents des malades, âgés, le père de 50 ans, la mère de 51 ans, sont bien portants et n'offrent rien d'intéressant dans leurs antécédents.

Ils ont eu dix enfants :

1° Agé de 27 ans, fut atteint d'une chorée qui dura trois mois;
2° 25 ans, malade;
3° 22 ans, institutrice bien portante;
4° 19 ans, bien portant ;
5° 18 ans, malade;
6° Mort à six semaines de troubles intestinaux;
7° 16 ans; 8° 14 ans; 9° 6 ans; 10° 4 ans, tous les quatre bien portants. Pas d'abortus.

J'ai eu l'occasion d'examiner les frères et sœurs des malades; aucun ne présente le moindre trouble de la marche ni des réflexes.

Comme on peut le constater ici encore, la maladie de Friedreich se montre souvent dans des familles nombreuses.

Premier malade. — Edmond S..., 25 ans, est né à terme ,et ne présenta rien de particulier jusqu'à l'âge de 11 ans. Il n'eut pas de retard ni pour la marche, ni pour la parole; fit une rougeole dans la première enfance; à l'école, il était un des bons élèves.

Vers l'âge de 11 ans le malade remarqua un affaiblissement des membres inférieurs, qui étaient parfois le siège de légères douleurs. Il ne sut bientôt plus courir comme ses compagnons de jeux et dut quitter l'école à 14 ans.

La marche devenant de plus en plus difficile, le malade restait la plupart

du temps affalé sur une chaise, dans une attitude courbée qui s'est améliorée depuis, mais que nous retrouvons chez le frère du malade. Dans ces dernières années, l'affection semble rester stationnaire.

Etat mental : Malade de taille moyenne, bien développé, facies inerte, inexpressif.

Pas de troubles des systèmes digestif, circulatoire ni respiratoire.

Motilité : Lorsque le malade est assis, le tronc est animé d'oscillations qui se transmettent à la tête. La marche sans soutien est impossible; le malade est obligé de se servir d'une canne, la main libre s'aidant encore aux portes, aux chaises, à la table. Il s'écarte constamment de la ligne droite, tantôt à gauche, tantôt à droite, n'avançant qu'à grand peine et au prix d'une fatigue très rapide. La marche est nettement tabéto-cérébelleuse.

Malgré l'écartement des jambes, la station debout est fort difficile; le malade essaie de garder l'équilibre en déplaçant les pieds; mais la fatigue survient qui oblige le malade à s'asseoir. Cette ataxie statique est encore fortement aggravée par l'occlusion des yeux : le signe de Romberg est donc très net.

Les membres supérieurs sont atteints également : pour prendre un objet peu volumineux, une épingle par exemple, le malade approche la main, qui hésite un moment, puis saisit vivement l'objet; de même l'index se se rapproche vite de la pointe du nez, puis tâtonne pour atteindre le but.

Pas de mouvements choréiformes, ni de tremblement intentionnel.

L'écriture est fortement modifiée : le maniement de la plume est fort difficile; l'écriture au crayon demande beaucoup d'efforts, elle est très irrégulière et un peu tremblée.

La parole aussi est atteinte : le malade semble devoir faire de grands efforts pour articuler; par suite elle est lente, puis brusquement explosive ou scandée.

Réflexes : Les rotuliens et les achilléens sont abolis; le cutané plantaire se fait en extension; les crémastériens et abdominaux sont normaux.

Sensibilité : la sensibilité au tact, à la température et à la douleur ne sont pas modifiées. Leur localisation est normale. Le sens musculaire n'est pas atteint. Le malade ne ressent plus aucune douleur dans les jambes.

Organes des sens : l'ouïe semble affaiblie; l'acuité visuelle est normale. Les pupilles réagissent bien, pas d'Argyll-Robertson; elles sont égales. Il se produit parfois une léger nystagmus horizontal.

Le malade est devenu moins affectif et s'intéresse peu à ce qui l'entoure. La mémoire est devenue moins bonne. Le malade aime la lecture mais se fatigue très vite.

Troubles trophiques : Il y a de l'hypotomie des membres inférieurs. La partie inférieure de la région dorsale du rachis présente une scoliose à convexité gauche, et il existe une forte ensellure lombaire.

Les pieds ont subi les modifications caractéristiques du pied bot de la maladie de Friedreich : tassement antéro-postérieur, voûte plantaire élevée. Les mains n'ont pas la forme de main bote. Pas d'atrophie musculaire.

Il n'y a pas de troubles sphinctériens.

Deuxième malade. — Omer S..., 18 ans.

Comme pour le frère aîné, on ne relève rien d'intéressant pendant l'enfance. C'est vers l'âge de 13 ans que l'on a remarqué les premiers symptômes, incertitude de la marche, douleurs des jambes. Marche lentement progressive jusqu'à 15 ans, A ce moment le malade est atteint d'une pleurésie gauche qui dure trois semaines. Depuis lors la maladie fait des progrès rapides.

Etat actuel ; Le malade offre, mieux que son frère, ce facies particulier que le docteur Crocq décrivait à la Société de Neurologie en 1898 : la figure inerte, le regard hébété, la tête fortement tombante, le menton touchant presque la poitrine, les bras pendus le long du corps, dans une attitude de relâchement due à la diminution de tonicité musculaire, très nette chez ce malade.

Moilité : Les troubles de la marche sont caractéristiques de la marche titubante, tabéto-cérébelleuse, qui écarte constamment le malade de la ligne droite, pour l'en faire dévier de nouveau dès qu'il y est revenu.

Légère ataxie statique aggravée par l'occlusion des yeux : signe de Romberg.

L'ataxie des membres supérieurs existe, mais est moins marquée que chez le frère.

Le malade présente des mouvements athétosiques ; il écrit actuellement avec une certaine difficulté, alors qu'auparavant l'écriture était bonne.

La parole est lente et scandée.

Réflexes : rotuliens et achilléens abolis ; le cutané plantaire est vif et semble parfois se faire en extension. Les réflexes cutanés abdominaux et crémastériens normaux.

Sensibilité : pas de troubles subjectifs ni objectifs de la sensibilité. Sens musculaire normal. La vue est bonne. Pas de troubles pupillaires ; les pupilles sont égales et réagissent bien. Pas de nystagmus.

Le malade a régulièrement continué ses études dans la section commerciale d'un collège ; il n'a jamais doublé de classe. Il n'éprouve pas de difficulté à l'étude des mathématiques. Il n'en est pas de même pour l'allemand, dont la prononciation lui paraît très difficile. La mémoire devient moins bonne, et le malade reconnaît qu'il suit moins facilement les leçons qu'auparavant.

Troubles trophiques : hypotonie assez marquée aux membres inférieurs. La cuisse droite est moins developpée que la gauche, elle ne mesure que 32 centim., la gauche 33 centim. La musculature est d'ailleurs peu développée.

Comme chez le frère, scoliose à convexité à gauche, pied bot.

Les organes digestifs, respiratoires et circulatoires sont normaux. Pas de céphalalgie ni de vertige. Pas d'insomnie, mais des rêves fréquents.

Pas plus ici que dans tant d'autres cas de maladie de Friedreich, nous ne trouvons, ni dans l'hérédité des malades, ni dans leurs antécédents personnels, de cause étiologique certaine ou même probable.

L'étiologie de l'ataxie héréditaire est d'ailleurs encore bien obs

cure. En 1902, M. le Dr Bayet réfutait devant la Société de Neurologie l'opinion courante que la syphilis ne jouait aucun rôle dans l'étiologie de cette affection, et deux ans après, le Dr Bouché exprimait le même avis dans sa belle étude sur l' « Etiologie de la maladie de Friedreich ».

Je n'ai pu, dans le cas actuel, relever le moindre symptôme d'hérédo-syphilis.

Je crois inutile d'insister sur le diagnostic différentiel. La distinction d'avec la sclérose en plaques et le tabes juvénile est évidente; quant à l'hérédo-ataxie cérébelleuse, elle apparaît de moins en moins comme une entité morbide. Le nombre des cas de formes mixtes, de formes de transition entre les deux groupes devient tel, qu'il est bien probable qu'ils n'en formeront bientôt plus qu'un seul, subdivisé d'après la prédominance des lésions dans telle ou telle région du système nerveux.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séances des 11 juin, 9 et 23 juillet 1908. — Présidence de M. le Dr KLIPPEL

—

Discussion sur l'aphasie

PREMIÈRE QUESTION

L'aphasie motrice et l'aphasie sensorielle sont-elles cliniquement différentes l'une de l'autre, ou bien l'aphasie motrice n'est-elle que l'aphasie sensorielle accompagnée d'anarthrie; s'il existe des différences quelles sont-elles?

M. DEJERINE. — Il y a une différence très grande entre l'aphasie de Broca et l'aphasie sensorielle. Si le malade est examiné immédiatement après l'attaque, il peut y avoir des symptômes de réaction à distance; mais les troubles sensoriels dans l'aphasie de Wernicke sont beaucoup plus intenses et on ne saurait faire aucune comparaison entre les troubles que présente un aphasique moteur et un aphasique sensoriel. Ce sont là deux types très différents.

M. P. MARIE estime que l'aphasie de Broca et l'aphasie sensorielle sont deux formes distinctes dont on peut faire le diagnostic.

M. SOUQUES. — Si l'on met de côté le trouble de l'articulation des mots, les troubles de cécité verbale, de surdité verbale, etc., sont les mêmes: il y a des différences quantitatives et il n'y a aucune différence de nature.

M. DEJERINE. — Dans l'aphasie de Broca, la transcription de l'imprimerie en manuscrit est possible; dans l'aphasie sensorielle, le malade est incapable de le faire et il reconnaît à peine son nom comme un emblème. Il est des formes, dans lesquelles il y a double lésion, sensorielle et motrice.

M. P. MARIE. — M. Dejerine admet dans son traité de séméiologie ner-

veuse qu'il y a des troubles sensoriels. Pour moi, l'aphasie consiste dans un trouble plus ou moins profond du langage intérieur qui fait que les malades ne se rendent plus un compte exact du mot. Il faut que la faculté du langage parlé et de l'écriture soient troublés pour qu'il y ait aphasie; dans le cas contraire, il y a anarthrie. Dans la lésion de la zone de Wernicke, il y a aphasie sensorielle; dans l'aphasie de Broca, il est nécessaire qu'il y ait à la fois lésion de la zone quadrilatère décrite par M. Marie et lésion de la zone de Wernicke. Dans l'aphasie de Broca, la zone capitale prédominante, où siège la lésion, est le quadrilatère; dans la zone de Wernicke, les altérations sont beaucoup moins intenses, il n'y a pas retentissement à distance, il y a propagation légère de la lésion à la zone de Wernicke.

M. DEJERINE. — Dans l'aphasie de Broca, il y a évocation difficile des images.

M. P. MARIE. — Il est nécessaire de parler de la question d'aphasie totale. M. Dejerine et moi sommes d'accord sur les faits; mais il y a désaccord sur l'interprétation. Il faut donc, dès maintenant, discuter la question de l'aphasie totale, bien qu'elle soit inscrite la quatrième.

QUATRIÈME QUESTION

Que faut-il entendre par aphasie totale ?

M. DEJERINE. — L'aphasie totale est une aphasie à la fois sensorielle et motrice. C'est l'aphasie de Broca, la cécité verbale et la surdité verbale absolue. Le malade transcrit en dessinant, l'intelligence est affaiblie.

M. P. MARIE. — Dans l'aphasie totale, il y a lésion de la troisième frontale et de la zone de Wernicke. La différence entre mon opinion et celle de M. Dejerine est que, pour lui, tous les centres sont pris. L'aphasie totale, en effet, est synonyme d'aphasie de Broca. La lésion de la troisième frontale n'est pas nécessaire. Il faut admettre une lésion du quadrilatère.

M. DEJERINE fait remarquer qu'il y a là une question de fréquence, qu'il faudrait discuter.

M. BRISSAUD pense qu'il est donc indispensable, en dehors de toute considération historique, de donner une définition *actuelle* de l'aphasie de Broca.

M. DEJERINE. — Quand on donne un ordre à un malade atteint d'aphasie de Broca, il l'exécute; c'est là la différence avec l'aphasie sensorielle.

M. P. MARIE. — Il ne l'exécute pas.

M. DEJERINE. — Cependant ce n'est pas de la surdité verbale.

M. SOUQUES a toujours constaté de la cécité verbale, de la surdité verbale chez ses aphasiques.

M. THOMAS conteste qu'il y ait de la surdité verbale dans tous les cas d'aphasie de Broca.

M. BRISSAUD demande si, cliniquement, il est permis de faire une différence entre l'anarthrie et l'aphasie motrice.

M. DEJERINE signale l'absence de troubles du langage intérieur dans l'aphasie motrice sous-corticale ou pure.

M. P. MARIE estime que dans la question de l'aphasie de Broca et celle de l'aphasie sensorielle, il n'y a que des différences de degré; or, en clinique, on ne peut pas se fonder sur des questions de degré pour établir des types cliniques.

M. THOMAS dit qu'il est vrai qu'on peut mettre en valeur des troubles légers chez les aphasiques atteints d'aphasie de Broca, mais qu'ils ne sont nulle-

ment comparables, au point de vue de l'intensité, à ceux des aphasiques sensoriels.

M. P. MARIE. — Comment peut-on distinguer les troubles de l'aphasie totale de ceux de Wernicke ?

M. THOMAS. — Pour établir la distinction, il est nécessaire d'opposer des types éloignés.

M. BRISSAUD insiste alors sur la nécessité de définir le trouble du langage intérieur qui est la caractéristique de ces variétés d'aphasie.

Pour M. SOUQUES, il est impossible de baser une définition sur une question de qualité.

M. DEJERINE réplique que dans l'aphasie de Broca, il n'y a pas de surdité verbale vraie, pas d'alexie, pas d'agraphie.

M. P. MARIE répond que, dans les différents cas, il n'y a que des différences de degré et qu'il est impossible d'établir une définition clinique sur des différences de degré.

M. KLIPPEL demande si ces différences d'intensité ne répondent pas à des différences de nature.

M. BALLET insiste sur la nécessité de discuter la question de savoir s'il y a lieu de conserver deux variétés cliniques de l'aphasie motrice : l'aphasie de Broca, l'aphasie motrice pure.

DEUXIÈME QUESTION

L'impossibilité ou la difficulté de parler dans l'aphasie motrice est-elle due à l'anarthrie, c'est-à dire à une perte ou à un trouble de l'articulation des mots?

M. DEJERINE. — Si le mot anarthie est appliqué à l'aphasie dans le sens d'un trouble paralytique, il n'y a plus aphasie. L'aphasique moteur pur n'est pas un anarthrique; l'anarthrique est le pseudo-bulbaire, le paralytique général.

M. P. MARIE emploie le mot anarthrie pour bien spécifier qu'il n'y a rien de commun entre l'aphasie et l'anarthie. Pour qu'il y ait aphasie, il est nécessaire que le langage intérieur soit troublé. L'anarthrie de la sclérose en plaques, du tabes, de la maladie de Friedreich, de l'athétose double ne s'accompagne pas de paralysie.

M. DEJERINE réserve le mot anarthrie aux troubles paralytiques, spasmodiques, ataxiques. L'aphasique moteur ne parle pas comme un dysarthrique, il passe les mots; dans la paralysie labio-glosso-laryngée, il en est ainsi. Le mot anarthrie jette le trouble dans l'esprit.

M. SOUQUES. — Le mot anarthrie a été employé dans le sens de M. Dejerine; il est nécessaire d'employer un mot qui ne soit ni aphasie ni dysarthrie comme aphémie.

M. P. MARIE dit que l'on peut employer le mot aphémie; mais il considère le mot anarthrie comme exact au point de vue de la définition.

M. BALLET ne saisit pas pourquoi M. P. Marie tient au mot d'anarthrie : il affirme qu'il y a dans ses cas un trouble de l'articulation. Il faut le prouver. Tant que la démonstration ne sera pas faite, c'est un mot défectueux. D'ailleurs, pour lui, le trouble n'est pas dans l'exécution du mouvement; c'est un trouble mental dans l'évocation nécessaire de l'articulation des mots. Le bégayement est-il de l'anarthrie ?

M. P. MARIE déclare se rallier au mot d'aphémie : il présente des malades atteints du trouble qu'il désigne sous le nom d'anarthrie et pour lequel il admet celui d'aphémie.

M. THOMAS demande ce qui caractérise les troubles d'articulation présentés par ces malades. Y a-t-il une analogie avec ceux que l'on observe chez les pseudo-bulbaires.

Pour M. MARIE, vouloir établir des analogies entre des formes morbides est un des plus mauvais procédés cliniques. Il ne peut dire quelle différence il y a entre cette anarthrie et les autres. M. Dejerine admet d'ailleurs des troubles de ce genre.

M. DEJERINE fait la distinction entre les troubles d'aphasie et les troubles d'articulation paralytique : la différence est que le registre verbal de l'aphasique est limité. On n'a jamais vu un anarthrique chanter mieux qu'il ne parle.

M. BRISSAUD a observé des paralytiques généraux qui chantent mieux qu'ils ne parlent ; cependant ce sont des anarthriques.

M. DEJERINE insiste sur le fait que l'aphasique ne peut prononcer les mots qu'il peut chanter. Un anarthrique a tous les mots à sa disposition.

M. DUPRE a vu des paralytiques généraux qui chantent mieux qu'ils ne parlent ; dans l'aphasie motrice, il y a trouble dans la mémoire d'évolution des mots, dans le mécanisme intérieur du langage.

M. DEJERINE revient sur sa définition : l'aphasique moteur ne parle pas, l'anarthrique peut prononcer tous les mots.

M. DUPRE ne peut considérer l'aphasique moteur comme un anarthrique : il a un trouble d'amnésie verbale. Quand le mot ne vient pas, on ne peut être considéré comme anarthrique.

M. P. MARIE est en partie d'accord sur ce point : les aphasiques de Broca ont une lésion plus ou moins profonde de la zone de Wernicke.

M. THOMAS dit que si on veut, au cours de la rééducation des aphasiques moteurs, leur faire répéter les mots sans qu'ils vous voient, ils ne le peuvent souvent pas ; mais ils peuvent articuler en voyant le mouvement des lèvres. Ils ont le pouvoir d'articuler, mais ils ont perdu la mémoire des mouvements nécessaires. Ils n'ont pas d'anarthrie dans les mots en série.

M. KLIPPEL propose d'adopter le mot aphémie pour désigner le trouble sur lequel roule la discussion. Il pose la troisième question ainsi modifiée.

TROISIÈME QUESTION

a) *Y a-t-il lieu de conserver la distinction de deux variétés cliniques de l'aphasie motrice : α) l'aphasie motrice avec agraphie et alexie (aphasie de Broca)* et *β) l'aphémie.*

M. P. MARIE a choisi un autre mot que le mot aphasie pour montrer que, dans ces cas, le langage intérieur n'est pas troublé.

M. DEJERINE. — Pour lui, aphasie motrice pure veut dire l'état d'un sujet qui ne peut pas parler, mais qui peut lire et écrire. L'aphasie motrice pure, très rare, peut être le reliquat d'une aphasie de Broca.

M. SOUQUES propose d'employer le mot d'aphémie au lieu d'aphasie motrice pure.

Pour M. BALLET, il faudrait savoir si, dans ces cas, le trouble du langage est l'anarthrie.

M. DUPRE n'admet pas comme démontré que le malade soit atteint dans ses organes d'articulation. Il y a hiatus entre le domaine psychique et le domaine moteur.

M. KLIPPEL fait remarquer que, dans la discussion, ces malades sont des aphémiques.

M. BALLET. — Ce terme s'applique à un trouble mal défini cliniquement. Doit-il rentrer dans les troubles anarthriques ou dans les troubles du langage moteur ?

M. DEJERINE rappelle que Pitres faisait rentrer les aphasies sous-corticales dans le cadre des paralysies pseudo-bulbaires. Il y a lieu, d'ailleurs, de revenir sur cette question.

b) *L'aphasie motrice pure existe-t-elle d'emblée ou n'est-elle que le reliquat d'une aphasie motrice complète mais partiellement guérie ?*

M. DEJERINE a vu des cas cités dans la thèse de Bernheim où l'aphasie motrice pure peut être le reliquat d'une aphasie complète.

Pour M. MARIE, quand un aphasique est guéri, c'est un aphasique guéri, mais il ne peut être confondu avec l'aphasique moteur pur.

M. DEJERINE attire l'attention sur ce fait que dans les aphasies pures, il existe, quelque temps après l'ictus, des troubles du langage intérieur.

M. SOUQUES a vu une malade atteinte d'aphasie motrice pure d'emblée; elle n'avait le lendemain aucun trouble du langage intérieur.

C'est à ces cas que M. MARIE réserve le nom d'aphémie.

M. DEJERINE demande comment il faut désigner le cas d'aphasie de Broca guérie et où il y a aphasie motrice pure.

M. MARIE pense qu'on doit les désigner sous le nom de cas d'aphasie dans lesquels il y a guérison de la partie sensorielle de l'aphasie.

La cinquième question : *Du degré de fréquence de chaque forme d'aphasie*, a été suffisamment traitée au cours de la discussion.

Anatomie normale et pathologique

PREMIÈRE QUESTION

Y a-t-il lieu de distinguer une zone dite du noyau lenticulaire ou zone lenticulaire ? Quelles en sont les limites ?

M. DEJERINE. — M. P. Marie admet que les troubles de la parole dans l'aphémie sont la conséquence d'une lésion de la zone lenticulaire. Il y a lieu de discuter sur la situation exacte de cette zone. D'après lui, M. P. Marie a varié à différentes reprises sur la situation exacte de cette zone; il n'a pas fixé d'une façon identique sa limite supérieure. Dans le dernier travail qui a été publié sous l'inspiration de M. P. Marie, Moutier décrit ainsi ses limites : en avant, un plan frontal passant par le sillon marginal antérieur de l'insula; en arrière, un autre plan frontal, parallèle au premier et passant par le sillon marginal postérieur de l'insula. En dehors, la pie-mère doublant l'insula ferme la région qui, en dedans, atteint l'épendyme ventriculaire. En hauteur, la zone lenticulaire se prolonge vers les circonvolutions sus-jacentes; en bas, elle se perd dans la région sous-thalamique. Les organes qui y sont contenus sont l'insula de Reil, la capsule extrême, l'avant-mur, la capsule externe, le faisceau arqué. M. Dejerine demande à être fixé sur ce que comprend la zone lenticulaire.

M. P. MARIE ne se rend pas compte des variations dont parle M. Dejerine; il répète les limites qu'il a indiquées à son quadrilatère. Le point capital qui le sépare de son contradicteur est que, pour lui, la lésion siège en arrière de F^2, alors que les classiques la localisent dans F^3. Quelle est la partie du quadrilatère touchée ? Il ne peut le dire.

Mme DEJERINE ne pense pas que l'on se trouve en droit d'attribuer le nom de zone lenticulaire à une région aussi étendue, le défrichement des ganglions centraux est suffisamment avancé pour que l'on puisse demander une localisation précise. Elle ne croit pas que la lésion siège dans le quadrilatère, en arrière de la IIIe frontale; pour elle, anatomiquement, si l'on tire la ligne supérieure que M. P. Marie attribue comme limite à son quadrilatère, le cap et le pied de la IIIe frontale en font partie comme le fait peut se prouver sur une coupe vertico-transversale. Toute lésion centrale qui siège dans le quadrilatère coupe les fibres sous-jacentes à la IIIe frontale; mettre le siège de l'aphasie dans leur lésion centrale, serait une conception analogue à celle qui mettrait le centre de l'hémiplégie dans la capsule interne. L'aphasie, comme l'hémiplégie, résulte d'une lésion corticale ou sous-corticale.

M. P. MARIE dit qu'il n'a jamais compris la IIIe frontale dans le quadrilatère.

M. BRISSAUD propose, au lieu du mot quadrilatère lenticulaire, le mot quadrilatère insulaire, qui lui convient mieux. La question posée est la suivante : y a-t-il lieu d'admettre la localisation de Broca ou doit-on mettre dans la région insulaire, telle qu'il la comprend, le siège de l'aphasie?

M. DEJERINE. — La première localisation dans le quadrilatère qu'a indiquée M. P. Marie l'a été sur une coupe macroscopique. Depuis, M. Moutier, qui a pratiqué des coupes en série, a indiqué des lésions situées très haut et des lésions de la couronne rayonnante; il y a dans ses cas de grosses lésions de la couronne rayonnante et destruction complète des fibres de projection du lobe frontal. Les cas de M. Moutier sont des cas d'aphasie motrice sous-corticale; ce fait est corroboré par la dégénérescence rétrograde constatée dans le lobe frontal et dans la IIIe frontale dans certaines observations.

M. MOUTIER, sur la demande de M. P. MARIE, prend la parole. Il est exact qu'il y ait dans certains.cas des lésions de la couronne rayonnante, mais le nombre des fibres dégénérées est trop faible pour expliquer les lésions profondes que supposent les symptômes. Dans trois cas, l'intégrité de F^3 est absolue.

M. SOUQUES présente un cas analogue à ceux de Moutier.

M. DEJERINE insiste sur le fait qu'il faut tenir compte du temps écoulé pour avoir des dégénérescences rétrogrades, par la méthode de Weigert ou de Pal. Dans les cas cités, les fibres de projection de F^3 sont coupées; en raisonnant par analogie, on ne met pas le siège du centre atteint dans l'hémiplégie dans la capsule interne.

M. MARIE reconnaît qu'on peut lui objecter qu'il passe des fibres de F^3 dans le quadrilatère; mais il fait remarquer que, jusqu'ici, il a été question d'aphasie corticale, mais que, maintenant, on parle de lésions sous-corticales. Quand il y a lésion du quadrilatère lenticulaire, le langage intérieur reste intact: si les fibres des circonvolutions frontales sont touchées on devrait observer des troubles du langage intérieur dans de telles lésions. Les fonctions si spéciales atribuées à la circonvolution de Broca n'existent pas.

Pour M. DEJERINE, dans l'aphasie sous-corticale, le langage intérieur est intact.

M. MARIE demande, encore une fois, pourquoi, lorsque les fibres blanches sont seules touchées, il n'y a pas d'aphasie de Broca.

DEUXIÈME QUESTION

Quelles sont les lésions le plus souvent observées à l'autopsie des aphasiques?

a) *Vastes* ou *circonscrites?* — b) *Antérieures* ou *postérieures?* — c) *Corticales* ou *sous-corticales?*

M. DEJERINE. — Il s'agit là d'une question de statistique; dans l'aphasie sensorielle, les lésions corticales sont beaucoup plus fréquentes que les sous-corticales; au point de vue de l'aphasie motrice, les sous-corticales sont plus fréquentes que les corticales.

M. P. MARIE demande si, dans l'aphasie de Broca, il y a toujours des lésions de F^3.

M. DEJERINE croit que dans l'aphasie de Broca, avec troubles du langage intérieur il y a lésion de l'écorce de F^3.

Mme DEJERINE insiste sur le fait que, avec les méthodes actuelles, lorsque l'on coupe des cerveaux, on trouve des lésions à la fois sous-corticales et corticales.

M. P. MARIE dit qu'il y a des livres et des écrits où le caractère cortical de la lésion est affirmé et opposé aux lésions sous-corticales. Depuis longtemps, il a affirmé qu'il n'y a pas de lésion corticale pure.

M. DEJERINE. — Il faut que l'écorce soit touchée dans l'aphasie de Broca; elle ne l'est pas dans l'anarthrie. Il a publié avec Sérieux un cas où seule existait une lésion de la substance grise; la plupart du temps, il y a une lésion d'une partie de la substance blanche sous-jacente.

M. P. MARIE demande dans quelles cellules est située la fonction du langage.

M. DEJERINE ne peut le dire.

M. BRISSAUD croit qu'il n'y a pas de limites précises entre l'aphasie corticale et l'aphasie sous-corticale. C'est à cause du langage intérieur que l'on avait fait une telle différence; il n'y a pas de lésions corticales proprement dites.

M. SOUQUES demande à M. Dejerine si l'aphasie motrice a été signalée dans les lésions des ganglions centraux.

M. DEJERINE croit que, dans ces cas, il s'agit de troubles paralytiques.

M. SOUQUES demande le trajet des fibres de F^3.

M. DEJERINE cite le trajet que leur attribue von Monakow. Il croit que les fibres d'association jouent un certain rôle dans les réactions qui régissent la région de l'écorce.

TROISIÈME QUESTION

Quelles sont les lésions habituelles de l'aphasie totale?

Tout le monde étant d'accord, on en arrive à la

QUATRIÈME QUESTION

Quelles sont les lésions habituelles de l'aphasie totale; sensorielle?

M. MARIE demande si M. Dejerine admet qu'il existe un centre auditif verbal dans T_1 ou T_2 et si les travaux de Flechsig ne l'ont pas ébranlé?

M. DEJERINE cite von Monakow qui admet la même localisation.

M. MARIE demande aussi si le pli courbe est le centre de la lecture, le centre visuel des mots. Il n'admet aucun de ces centres et se demande comment des gens dont les parents ne savaient ni lire, ni écrire, ont un centre visuel des images des mots. Il désire que l'on demande à ses collègues s'il ont vu

des cas d'aphasie motrice pure, de cécité verbale pure. Lui n'en a jamais observé. Tout le monde est d'accord sur les lésions de l'aphasie sensorielle qui siège dans la zone de Wernicke.

SIXIÈME QUESTION

Existe-t-il des cas d'aphasie motrice par lésion exclusivement localisée dans la circonvolution de Broca, purement corticale ou sous-corticale?

M. DEJERINE dit qu'il n'y a pas de lésion strictement localisée à l'écorce, il n'y a pas de cas, sauf celui de Sérieux et Dejerine, où il n'y ait en même temps une petite lésion de la substance blanche. A propos du cas Lelong de Broca, il combat l'opinion de M. Marie, qui y voit une lésion d'atrophie sénile. Il discute les différentes observations récentes publiées, le cas de von Monakow et Ladame, le cas de Lippemann, des cas publiés ou inédits. Il en conclut que la circonvolution de Broca est toujours lésée dans l'aphasie motrice, mais la lésion peut ne pas s'y borner et s'étendre au-delà.

M. MARIE rappelle les publications de M. Dejerine où il affirme la localisation absolue : il soutient que, dans la plupart des cas, il trouve des lésions de la zone lenticulaire.

M. THOMAS rappelle les cas publiés : il demande que l'on ne fasse pas état du cas de von Monakow et Ladame, à qui il reproche de n'avoir pas représenté dans leurs figures le lobule supramarginalis, où, d'après leur constatation, la lésion filait. Il insiste sur la nécessité de couper les deux hémisphères chez les aphasiques. L'aphasie de Broca peut s'observer sans lésion de la zone de Wernicke ; on peut admettre qu'une lésion empiétant sur la substanche blanche donne lieu à l'aphasie de Broca.

M. SOUQUES, dans dix autopsies d'aphasiques, n'a trouvé aucune lésion localisée à la circonvolution de Broca.

M. MOUTIER, sur la demande de M. Marie, présente les préparations de trois cas de destruction de la IIIe frontale, sans troubles du langage.

M. DEJERINE dit qu'à propos de ces cas, il faut se poser la question de savoir si les sujets sont droitiers, gauchers ou ambitextres. Dans les faits dont l'histoire clinique est incomplète, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'aphasie guérie. Beaucoup de ces faits négatifs n'ont pas la valeur qu'on leur attribue ; il admet cependant des exceptions à la loi de Broca.

M. MARIE fait remarquer que l'un des cas auxquels il est fait allusion a été suivi depuis le début.

HUITIÈME QUESTION

Existe-t-il des cas d'aphasie motrice par lésion strictement localisée au noyau lenticulaire ?

M. P. MARIE n'en connait pas d'exemple.

M. DEJERINE répond négativement.

M. THOMAS fait remarquer que dans les publications antérieures, M. P. Marie fait jouer un certain rôle au corps optostrié dans la phonation. Il demande s'il maintient son opinion.

M. P. MARIE maintient les phrases qu'il a écrites à ce sujet : les noyaux centraux jouent un rôle dans la phonation.

M. THOMAS demande si M. Marie a observé des lésions du noyau lenticulaire seul, ayant donné lieu à des troubles de la phonation.

M. P. MARIE fait remarquer qu'il s'agit de troubles de la phonation et non d'aphasie.

M. DEJERINE a trouvé, dans des cas où il y a des troubles de la phonation, des lésions du noyau lenticulaire accompagnées de lésions de la capsule interne. Il n'y a pas de faits prouvés de lésion lenticulaire isolée ayant donné lieu à des troubles de la phonation.

M. P. MARIE persiste, d'après ses observations personnelles, à croire que le noyau lenticulaire joue un rôle dans cette fonction.

M. GUILLAIN cite le travail de Mills et Spiller *(J. of nervous and mental disease)* où ces auteurs admettent que le noyau lenticulaire joue un rôle dans la phonation.

M. DEJERINE estime que ce travail, fait sans l'aide de la méthode des coupes sériées, n'a, de ce fait, aucune valeur.

NEUVIÈME QUESTION

Existe-t-il des cas d'aphasie motrice par lésion strictement localisée à l'insula, à la capsule externe, à l'avant-mur?

M. DEJERINE ne le croit pas : le dernier fait a été publié par Mahaim, qui a vu une lésion de l'insula, sans que, pendant la vie, il y ait eu des troubles de la parole.

M. MARIE n'a rien observé à ce sujet.

M. DEJERINE. — Dans les cas de Ladame et von Monakow, la capsule externe, l'avant-mur sont intacts.

DIXIÈME QUESTION

La lésion de l'aphasie motrice avec alexie et agraphie occupe-t-elle un siège différent de celui de l'aphasie motrice pure?

M. DEJERINE. — Le cas de Ladame et von Monakow montre une lésion de la circonvolution de Broca avec aphasie motrice pure. Depuis quinze ans, il n'a pas vu d'aphasie motrice pure d'emblée (un cas Jacquet, Th. de Bernheim) : c'est une question à laisser en suspens. M. Souques a publié dans les *Bulletins de la Société de Neurologie* une observation d'aphasie motrice pure d'emblée, mais il y avait des troubles parétiques des organes de la phonation. Un tel sujet est un dysarthrique et non un aphasique.

M. SOUQUES. — Les troubles parétiques étaient extrêmement légers. D'ailleurs, les aphasiques, au début, ont des troubles moteurs; ils ne tirent pas leur langue comme tout le monde. Le cas de Ladame et von Monakow est un cas d'aphasie pure d'emblée.

M. DEJERINE demande si la malade de M. Souques prononçait tous les mots.

M. SOUQUES avance que sa malade ne pouvait pas absolument prononcer tous les mots; elle était dysarthrique.

M. MARIE insiste sur ce fait, c'est que la motricité des aphasiques peut être altérée; M. Ballet a parlé d'apraxie; il est possible qu'il s'agisse d'un trouble de cette nature, aussi bien que d'un trouble paralytique. Il ne peut trancher la question.

Pour M. G. BALLET, s'il est impossible de trancher la question, il est possible d'essayer de l'analyser. Il reconnaît que les troubles présentés par cer-

tains malades méritent le nom d'*apraxie;* ce mot veut dire qu'un individu est incapable d'exécuter un mouvement coordonné, quoiqu'il puisse exécuter la série des mouvements séparés indispensables. C'est un trouble psychique. Si l'aphasie motrice est quelque chose d'analogue à l'apraxie, elle est un trouble psychique.

M. DEJERINE aurait plus de tendance à faire rentrer l'aphasie sensorielle dans l'apraxie, parce que la régulation du centre moteur n'existe plus. Quant à la question de savoir si les aphasiques ont des troubles moteurs, il n'a jamais vu des aphasiques ne pouvant pas tirer la langue.

M. MARIE a cependant constaté, dans un certain nombre de cas, ces troubles moteurs.

Pour M. SOUQUES, pendant les premières semaines, les aphasiques peuvent avoir des troubles parétiques.

M. BALLET a vu des aphasiques qui tiraient bien la langue, d'autres qui la tiraient mal, cela importe peu.

Physiologie pathologique

PREMIÈRE QUESTION

a) *Existe-t-il des troubles de l'intelligence chez les aphasiques moteurs ? Quels sont-ils?* — b) *Existe-t-il des troubles de l'intelligence dans l'aphasie sensorielle ?*

M. P. MARIE demande que la deuxième partie de la question soit posée de la façon suivante : Ces troubles d'aphasie sont-ils d'origine intellectuelle ou sensorielle.

Dans la théorie classe, on admet des centres sensoriels auditifs (T^2), visuels (pli courbe), dans ces centres, les images viennent se fixer, les visuelles sont reçues dans le centre du pli courbe, les auditives dans la 1re temporale. Quand il y a destruction d'un de ces centres, les images ne peuvent s'emmagasiner, il y a aphasie de réception. Il n'admet aucun de ces centres; il y a des centres généraux, mais il n'y a aucun centre verbal spécial. Sachant non pas ce qui se passe, mais ce qui ne se passe pas, il est obligé de dire que ce sont des processus intellectuels qui font que ces impressions déterminent une pensée. Les idées qu'il a soutenues ont été défigurées, quand on a dit que, pour lui, les aphasiques sont des déments. Ils ont un déficit intellectuel, mais celui-ci n'est décelé que par une série d'examens délicats; il ne paraît pas dans les actes ordinaires de l'existence.

M. BALLET. — Personne, dans la doctrine ancienne, n'a considéré que l'opération qui consiste à percevoir un mot, ne fût pas une opération intellectuelle des plus compliquées. Si M. Marie reconnaît que, dans l'aphasie, le trouble intellectuel est un trouble intellectuel spécialisé, je suis d'accord avec lui. M. Marie subordonne la psychologie du langage à la question des centres; il y a là deux questions différentes, elles sont connexes, elles ne sont pas subordonnées.

Pour M. BALLET, le seul point en discussion est de savoir si l'aphasie sensorielle est un trouble intellectuel ou non. Or, personne ne soutient que l'aphasie sensorielle n'est pas, le plus souvent, compliquée de troubles intellectuels.

M. DUPRE remarque que tout le monde est d'accord pour admettre un processus sensorio-psychique.

M. SOUQUES propose, sans préjuger de sa nature, d'appeler l'aphasie sensorielle *aphasie de Wernicke.*

M. DEJERINE demande si, quand un sujet est atteint d'alexie, de surdité verbale, il a une diminution de l'intelligence ou une lésion des centres spécialisés.

M. THOMAS. — M. Marie admet-il une sphère intellectuelle spéciale où s'élaborent les notions acquises par les sens ? Sans cela, il ne peut définir le mot image.

M. P. MARIE dit que les schémas ont compliqué la question de l'aphasie et en ont retardé la solution.

Pour M. BALLET, si on avait admis la conception de M. Marie, on n'aurait pas différencié l'aphasie, et les aphasiques eussent été considérés comme des déments.

DEUXIÈME QUESTION

Les symptômes observés chez les aphasiques, et il est de première importance de bien spécifier si le malade est atteint d'aphasie motrice complète ou pure, d'aphasie sensorielle ou d'aphasie totale, sont-ils dus à un trouble des facultés intellectuelles ou de l'intelligence en général?

Cette question a été suffisamment traitée précédemment pour qu'on passe à la

TROISIÈME QUESTION

Sont-ils au contraire dus à un trouble du langage intérieur ?

MM. P. MARIE et DEJERINE sont d'accord sur ce point : le langage intérieur est troublé chez les aphasiques.

QUATRIÈME QUESTION

Y a-t-il lieu de conserver l'expression : images du langage ?

M. P. MARIE. — Si on emploie le mot image du langage comme un terme de comparaison, on peut le conserver ; mais si l'on s'en sert comme point de départ, s'il sert de base à des théories, il le rejette : on peut l'employer comme les physiciens emploient les mots fluide positif ou fluide négatif. Il ignore ce que sont les images du langage.

M. DEJERINE. — Cependant si M. P. Marie évoque ce soir le souvenir de la discussion, il entendra les phrases et la voix des interlocuteurs, il aura des images auditives.

Pour M. P. MARIE, ce sont des souvenirs ; il n'y a pas lieu d'employer le mot image.

M. BALLET demande alors à M. P. Marie ce que c'est que le langage intérieur.

M. P. MARIE considère ce mot comme une expression très vague.

M. SOUQUES dit que nous ne savons pas ce que c'est qu'une image ; c'est un mot passé aux médecins par les philosophes. Dans quelles cellules se trouvent-elles ?

M. BALLET proteste, pour cette raison que les images ne sont pas une abstraction, mais une constatation.

M. P. MARIE demande la définition du mot image.

M. DEJERINE cite la définition de Taine : « Une image est une sensation qui garde son aptitude à renaître. »

M. DUPRE. — Comment se fait-il que ces souvenirs sensorio-psychiques verbaux ne puissent être appelés images. Les hallucinés persécutés assistent à l'évocation de ces souvenirs. Au point de vue de la psychologie normale et pathologique les images sont un fait.

M. SOUQUES. — Rien ne prouve que les aliénés entendent les images verbales; nous ne savons pas avec quoi les malades pensent.

M. BALLET. — Nous savons cependant qu'une image est la représentation d'un mot.

M. CLAUDE. — Tous les processus de l'activité psychique sont en rapport avec les acquisitions de nos centres; il y a dans cette question un certain degré d'extériorisation; quand on entend des mots, ils prennent une formule spéciale, et quand nous les entendons, il y a quelque chose qui est situé en dehors du moi et est relié à une image.

Pour M. BALLET, l'image verbale ou auditive d'un mot est la représentation mentale de ce mot.

M. P. MARIE. — Image et souvenir, ce n'est point la même chose.

CINQUIÈME QUESTION

Quel est le mécanisme de la paraphasie dans l'aphasie sensorielle ?

M. DEJERINE dit que si l'on n'admet pas d'images du langage, on ne peut expliquer la paraphasie. M. Marie a-t-il une théorie à ce sujet?

M. P. MARIE. — Aucune.

SIXIÈME QUESTION

Quels sont les territoires de l'écorce qui jouent dans la fonction du langage un rôle établi par l'anatomie pathologique ?

M. P. MARIE admet qu'il y a une localisation de la fonction du langage dans l'hémisphère gauche; mais il nie qu'il y ait des centres spéciaux, circonvolution de Broca, 1re temporale, pli courbe.

M. DEJERINE a cependant présenté des cas d'aphasie où il y avait lésion de la circonvolution de Broca.

M. P. MARIE a présenté de son côté des faits négatifs.

M. DEJERINE ne considère pas les faits de M. Marie comme probants; il les interprète en pensant qu'il s'agit d'aphasiques guéris.

M. P. MARIE. — Cliniquement, l'aphasie est quelque chose de net, on ne devient aphasique que lorsque l'on a un foyer placé dans une région connue.

M. KLIPPEL pose la question de l'existence des centres sensoriels.

M. P. MARIE demande si M. Dejerine admet toujours des centres spécialisés; pour lui, ces centres n'existent pas. Comment un illettré, fils de paysan, peut-il créer en six mois un centre exactement localisé au pli courbe, il faudrait admettre qu'il y ait une région prédisposée par l'hérédité. Il faudrait alors admettre un centre spécial chez les gens qui s'adonnent à la bicyclette.

M. DEJERINE. — Tout dans le cerveau s'acquiert par l'éducation; quand un enfant devient sourd des deux oreilles par otite, il devient muet, il a perdu ses images auditives. Nous acquérons toutes les images.

M. P. MARIE dit que, dans ces conditions, il faudrait admettre un centre spécialisé chaque fois que l'on apprend. Comment se fait-il que l'on ne voit pas la perte d'un de ces mouvements en particulier se produire à la suite d'une lésion de ces centres.

M. DEJERINE répond en citant l'exemple des polyglottes qui perdent une langue.

Pour M. P. MARIE, un polyglotte perd les mots de la langue qu'il sait le moins; il est impossible d'admettre un centre pour chaque langue en particulier.

M. DUPRE. — Quand on parle de centre spécialisé, on parle de psychologie; il ne soutient pas que ces centres sont localisés dans un certain nombre de centimètres carrés.

M. SOUQUES nie le centre de l'agraphie.

M. DEJERINE répond à propos de la cécité verbale, de la surdité verbale, qu'il n'a jamais localisé la cécité verbale dans le pli courbe, mais qu'il y a une lésion isolant les fibres du pli courbe, centre spécialisé du centre commun de la vision. Il soutient que quand il y a une lésion du centre visuel verbal, il y a agraphie.

M. BALLET résume la discussion en montrant qu'il y a des points sur lesquels tout le monde est d'accord. C'est que les troubles du langage résultent d'une lésion de l'hémisphère gauche, que la lésion de l'aphasie de Wernicke siège dans une région non délimitée comprenant la I[re] la II[e] temporale et le pli courbe. Cette région est-elle dissociable ? M. Ballet croit que l'on a exagéré la tendance à diviser l'écorce cérébrale en petits damiers; il croit qu'une lésion portant en avant, au voisinage de la I[re] temporale, a chance de produire un trouble aphasique avec surdité verbale prédominante, qu'une lésion portant en arrière vers le pli courbe a chance d'amener une aphasie avec prédominance de cécité verbale. Il n'est pas localisateur; il ne voit pas, cependant, pourquoi M. Marie n'admettrait pas que les images optiques des mots ne soient pas recueillies dans le voisinage du centre commun visuel.

M. P. MARIE répond qu'il admet un trouble dans le territoire de la cérébrale postérieure, mais pas une lésion du pli courbe.

M. DEJERINE ne croit pas qu'il y a de l'agraphie dans les lésions de ce territoire.

M. P. MARIE. — Freund a fort justement mis en relief ce point que les malades moins cultivés ont plus facilement de l'agraphie que les malades plus instruits.

SEPTIÈME QUESTION

a) *Dans la fonction du langage articulé, la circonvolution de Broca joue-t-elle un rôle spécial ou prépondérant ?*

Ce premier point a été discuté.

b) *Y a-t-il lieu d'attribuer également ce rôle aux régions de l'écorce qui lui sont immédiatement voisines ?*

M. P. MARIE. — Dans le cours de la discussion, on n'a pas pu affirmer qu'il s'agissait de l'écorce, disons circonvolution et non écorce.

M. DEJERINE dit qu'il admet cette expression dans le cas d'hémorragie ou de ramollissement, mais qu'il y a lieu de faire une distinction pour les méningites et les tumeurs.

Pour M. MARIE, la tumeur donne lieu à des phénomènes tellement brutaux qu'on ne localise pas.

M. DEJERINE admet cependant un intérêt à opposer les lésions superficielles à celles du centre ovale et de la capsule interne.

M. P. MARIE cite les cas de Burkhart retrouvés par Moutier; celui-ci trouvant parmi ses aliénés des malades qui parlaient trop, enleva à deux d'entre eux la IIIe circonvolution frontale, ils continuèrent à parler. Il enleva également chez un malade ayant des hallucinations auditives, le centre des images auditives, les hallucinations persistèrent.

M. DEJERINE rappelle cependant que, dans un cas récent de Bosc, chez un sujet atteint de paralysie du bras et d'aphasie, on constata une lésion de la IIe et de la IIIe frontale corticale et à peine sous-corticale avec intégrité des noyaux centraux.

M. P. MARIE constate qu'au cours de la discussion, aucun des membres de la Société, autre que ses contradicteurs, M. et Mme Dejerine, M. Thomas, n'est venu apporter des faits contraires à ses vues; ce silence est des plus éloquents. Il est nécessaire de faire une revision de la question de l'aphasie, sans attacher aux mots une trop grande importance.

M. DEJERINE. — A la suite de la discussion, la notion de la localisation de Broca reste intacte.

M. BALLET. — On est arrivé à décrire des centres sous l'influence de conceptions schématiques; on a été poussé ainsi à faire des localisations plus circonscrites que les faits n'y autorisaient.

La dernière question posée est établie par la discussion précédente et peut servir de conclusion : elle est ainsi conçue :

8° *Ne serait-il pas profitable, pour l'avenir, de laisser de côté toutes les observations insuffisantes par l'examen clinique et par l'examen anatomique? Seules, seront désormais prises en considération les observations dans lesquelles l'examen anatomo-pathologique aura été fait sur coupes sériées.*

BIBLIOGRAPHIE

L'aphasie de Broca, par François Moutier (in-8° de 770 pages, Paris, 1908, Steinheil, éditeur.)

Ce volume constitue une monographie très complète : il contient des documents originaux des plus intéressants concernant la passionnante question de l'aphasie. L'auteur conclut comme suit :

D'après les travaux de Broca et de Trousseau, nous conformant ainsi aux données classiques, nous entendrons par *aphasie de Broca* une altération non paralytique du langage, caractérisée par des troubles de l'articulation des mots, de la compréhension de la parole, de la lecture et de l'écriture, par un degré variable mais constant du déficit intellectuel.

L'aphasie de Broca n'est pas une maladie à cadre clinique rigide, une entité à localisation étroitement enserrée en un centre unique; elle représente au contraire un syndrome qu'il convient de dissocier au double point de vue symptomatique et anatomique.

LOCALISATION CÉRÉBRALE. — Depuis Broca, l'on plaçait le centre de l'aphasie dite *motrice* au niveau du pied de la 3me frontale gauche chez les droitiers, droite chez les gauchers. Cette localisation ne fut pas admise par tous les auteurs cependant, et dès le début des recherches sur l'aphémie nouvellement décrite, de nombreux faits contradictoires furent présentés. Avec Pierre Marie, nous rejetterons complètement le centre de Broca. *L'aphasie de Broca n'est autre que l'aphasie de Wernicke plus quelque chose, plus l'anarthrie.* Elle est un trouble de la représentation et de la compréhension verbales auquel se surajoute un défaut de l'articulation du mot; elle relève d'une lésion de la zone de Wernicke et d'une lésion de la zone lenticulaire.

La 3me frontale n'a rien à voir avec l'aphasie. D'une revue aussi complète que possible de la littérature médicale sur le sujet en litige, il résulte que 108 cas seulement peuvent être utilisés pour parvenir à une localisation précise. Sur ces 108 cas, 84 sont d'emblée formellement contraires à la localisation frontale. Les 19 autres documents sont incomplets ou ne répondent pas à la formule classique, ainsi que nous l'avons exposé pour chacun d'eux. Il n'existe pas un cas de lésion isolée du pied de la 3me frontale avec un syndrome vrai d'aphasie de Broca. Mais il existe des faits, irréprochables au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique où, chez des droitiers, la destruction du centre de Broca ne s'est accompagnée d'aucun trouble du langage. La résection chirurgicale du centre de Broca chez des droitiers ne détermine aucun trouble du langage, si passager soit-il. Tous les observateurs, et Broca fut le premier à signaler le fait, ont insisté sur l'absence de tout rapport entre l'étendue des lésions de la 3me frontale et l'intensité du syndrome aphasique.

Le défaut de l'articulation du mot, l'anarthrie, dépend d'une lésion de la zone lenticulaire. Cette lésion est constante à l'autopsie de tous les aphasiques de Broca; les observations recueillies dans la littérature et nos propres cas en font suffisamment foi. La destruction de la 3me frontale est une trouvaille d'autopsie que rien ne permet de prévoir dans l'état actuel de la science.

La *zone lenticulaire* est cette tranche de cerveau comprise dans le *quadrilatère de Pierre Marie.* Le quadrilatère est borné en avant et en arrière par des plans frontaux passant au niveau des sillons marginaux antérieur et postérieur de l'insula, limité en dehors par la pie-mère revêtant l'insula, s'étendant en dedans jusqu'au ventricule latéral. La lésion dont relève l'anarthrie semble intéresser avec plus de fréquence les deux tiers supérieurs de la région.

Les limites que nous venons de fixer excluent la 3me frontale du centre de l'anarthrie. Sa lésion est donc un épiphénomène. Elle est fréquente d'ailleurs, et naturellement coexiste toujours, s'il y eut aphasie, avec la lésion de la zone lenticulaire. Le pied de la circonvolution de Broca semble à vrai dire présenter une fragilité spéciale. Cette particularité nous paraît dépendre d'une pauvreté vasculaire relative de la 3me frontale, du calibre étroit de ses artérioles et de la circulation forcément difficile du sang dans des vaisseaux embranchés à contre-courant sur les conduits principaux.

Douze cerveaux étudiés par la méthode des coupes microscopiques sériées, nous ont permis de constater l'importance de la zone lenticulaire dans la genèse de l'anarthrie, l'indépendance au contraire de ce symptôme et des lésions de la 3me frontale. Trois fois une destruction totale et localisée du centre de Broca chez des droitiers, ne détermina aucun trouble du langage. *Quatre fois, une fois dans un cas d'anarthrie pure, trois fois dans des cas d'aphasie de Broca cliniquement indiscutable, l'étude microscopique a révélé l'intégrité du pied de la 3me frontale que pas une fibre dégénérée ne pénètre, malgré l'intensité du trouble de l'articule.*

Les théories de la gaucherie cérébrale, des suppléances et de la rééducation renferment une part considérable d'hypothèses; un certain nombre d'autopsies

vient les contredire. On ne saurait donc en faire état pour soutenir dans les discussions pendantes le rôle habituel de la 3me frontale gauche.

La division en aphasies motrices corticales, sous-corticales, transcorticales est purement schématique. Il a été publié des destructions corticales du pied de F_3, avec syndrome tantôt cortical, tantôt sous-cortical, tantôt transcortical. Une lésion de la zone lenticulaire se rencontre d'ailleurs toutes les fois que l'observation clinique permet de reconnaître un syndrome évidemment aphasique.

L'aphasie coexistant avec l'anarthrie relève des lésions de la région de Wernicke. La zone lenticulaire et la zone de Wernicke (gyrus supramarginalis et pli courbe) sont séparées par l'isthme temporo-pariétal : toute lésion en avant de l'isthme détermine l'anarthrie, tout foyer en arrière de lui entraîne l'aphasie.

SYNDROME CLINIQUE. — *L'aphasie de Broca est l'aphasie de Wernicke plus l'anarthrie.*

L'*anarthrie* est un trouble plus ou moins prononcé de l'articulation verbale, indépendant de toute paralysie. On constate chez l'anarthrique une incoordination très prononcée des mouvements musculaires nécessaires au langage : alors que le pseudo-bulbaire ne *peut* plus parler, l'anarthrique ne *sait* plus parler. L'incoordination motrice se révèle non seulement dans le langage articulé, mais souvent encore dans la propulsion de la langue et parfois, nous l'avons montré, dans l'émission du cri. La langue, qui ne peut être tirée à volonté, peut cependant être automatiquement propulsée au dehors, dans l'acte de s'essuyer les lèvres après avoir bu par exemple ; la coordination volontaire, consciente, est alors seule en cause. — L'anarthrie peut exister isolément, *anarthrie simple*, ou s'ajouter aux troubles aphasiques de Wernicke, *aphasie de Broca.*

L'*aphasie* (aphasie de Wernicke) peut, ainsi que l'anarthrie, exister seule ou s'associer à l'anarthrie pour former le syndrome de Broca. Nous la définirons un trouble du langage intérieur avec altération de tous ses modes d'extériorisation. Les troubles de la compréhension, de la lecture, de l'écriture sont rigoureusement identiques dans l'aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke. Il y a, selon les individus, affaire de quantité, jamais de qualité. On ne peut, aussi bien au lit du malade que dans les ouvrages didactiques, découvrir un signe, *non arbitrairement choisi*, qui permette de classer tel trouble de la lecture dans le cadre des aphasiques de Broca, tel défaut de l'écriture dans le cadre des aphasiques de Wernicke.

Il existe chez tout aphasique un déficit intellectuel général et un déficit intellectuel spécialisé pour le langage. Général, le déficit porte sur la mémoire, la mimique descriptive, l'association des idées, les connaissances professionnelles... Spécialisé pour le langage, il porte sur la lecture, l'écriture, la compréhension de la langue orale ou écrite. Les altérations du calcul participent tout spécialement à la fois du déficit général et du déficit spécialisé. *Les altérations de ces facultés surviennent, évoluent, régressent conformément aux lois ordinaires des désordres intellectuels en général.* L'aphasique comprend ou réussit ce qui est simple, facile, bref. Ce qu'il perd va du complexe à l'élémentaire, du plus récemment acquis au plus anciennement connu, selon la loi de régression de Ribot.

Les prétendus symptômes *sensoriels* de l'aphasique n'existent pas ; la cécité verbale et la surdité verbale sont des troubles *intellectuels* de la compréhension du langage.

Il est indispensable de renoncer à l'ancienne théorie des images et de leurs centres. On a fait de ces éléments des groupes de clichés immuables dont la conception, purement théorique d'ailleurs, n'éclaircit en rien le mécanisme de la pensée. *Les images n'existent pas.* Ce terme doit disparaître de notre langage.

L'APHASIE N'EST PAS UNE DÉMENCE. Elle différera toujours de celle-ci par un déficit intellectuel spécialisé pour le langage.

Nous avons voulu mettre en lumière la doctrine de l'aphasie de Broca, telle que notre maître M. Pierre Marie l'a présentée en 1906. Les points principaux en peuvent être résumés ainsi : *L'aphasie de Broca* EST *l'aphasie de Werniche plus l'anarthrie. — L'aphasie de Wernicke dépend d'une lésion de la zone de Wernicke; l'anarthrie relève d'une destruction de la zone lenticulaire. La 3me frontale doit être rayée des centres de l'aphasie. — L'intelligence est intacte dans l'anarthrie, l'aphasie de Wernicke se caractérise au contraire par un trouble de l'intelligence générale et par un déficit intellectuel spécialisé du langage. — Il n'existe pas de symptômes sensoriels dans l'aphasie.*

Cet exposé est conforme aux faits; il est d'un contrôle facile; il simplifie d'une façon tout à fait remarquable l'étude des aphasies. Les formes innombrables, décourageantes vraiment par leur schématisme outrancier comme par la pauvreté de leurs signes différentiels, n'existent plus. La difficulté parfois inouïe que l'on avait à distinguer telles formes de Broca et telles formes de Wernicke, disparaît d'elle-même. L'aphasie de Wernicke étant partie de l'aphasie de Broca, il n'y a plus à chercher ce par quoi diffèrent les troubles de la lecture et de l'écriture dans ces formes. Ils sont les mêmes en effet, ils ont la même allure, ils ont la même raison anatomique. Par là même, il n'y a plus d'aphasies mixtes, plus d'aphasies totales, mais seulement des aphasies de Broca faibles ou intenses, avec prédominance tantôt de l'anarthrie, tantôt de l'aphasie. Le chapitre des troubles du langage, un des plus passionnants, un des plus désespérants aussi par son obscurité, recevra, croyons-nous, quelque allègement et quelque clarté par le fait de cette doctrine nouvelle.

IVme Congrès belge de Psychiatrie et de Neurologie

Nous rappelons que le quatrième Congrès belge de neurologie et de psychiatrie se tiendra à Gand, les 26 et 27 septembre prochains.

A l'ordre du jour figurent les rapports suivants :

1. NEUROLOGIE : Les tumeurs de la moëlle (anatomie pathologique), par le docteur STEINHAUS (Bruxelles).

2. PSYCHIATRIE : La folie hystérique, par le Dr LARUELLE (Liége).

3. PSYCHOLOGIE : Les enfants arriérés (psychologie et éducation), par le docteur DUPUREUX (Gand).

Les adhésions au Congrès sont reçues par le Dr Decroly, secrétaire général, rue de la Vanne, 47, Bruxelles.

La cotisation est de dix francs.

Toute personne s'intéressant à la neurologie et à la psychologie peut s'inscrire comme membre.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'anatomie pathologique des tumeurs de la moelle

PAR LE D[r] JULES STEINHAUS

Au cours de la deuxième moitié du siècle passé, le diagnostic clinique des maladies de la moëlle épinière a fait des progrès immenses. Non seulement on est parvenu à localiser avec exactitude le siège des lésions intrarachidiennes, mais souvent aussi on a réussi à définir leur nature. Grâce à ces progrès, le diagnostic des *tumeurs* de la moëlle et de ses enveloppes a cessé aujourd'hui d'être un événement extraordinaire; tout clinicien d'expérience le fait.

De la possibilité du diagnostic, à l'idée d'une intervention chirurgicale, qui débarasserait le malade de sa tumeur intrarachidienne, il n'y avait qu'un pas. En théorie ce pas fut franchi il y a plus de trente ans. En 1872, Leyden, puis, en 1878, Erb préconisèrent l'opération des tumeurs de la moëlle, mais les chirurgiens ne se laissèrent pas entraîner dans cette voie difficile: l'exécution leur semblait alors trop périlleuse. Il fallait non seulement réaliser des progrès en matière de technique opératoire, mais aussi révolutionner de fond en comble les procédés de traitement des plaies postopératoires avant que la crainte des conséquences de l'ouverture du canal rachidien cessât de paralyser l'initiative des chirurgiens même les plus entreprenants. Cette révoution a été faite par l'introduction de l'antisepsie et puis de l'asepsie et, en 1887, Horsley opéra pour la première fois et avec succès une tumeur (fibro-myxome) sous-durale, diagnostiquée par Gowers. Cet exemple fut bientôt suivi par Laqueur et Rehn, Fenger, Ramson et Anderson, Pescarolo, Mikulicz, Bruns et bien d'autres. Aujourd'hui, c'est plus de cent opérations de tumeurs intrarachidiennes que relatent déjà les annales de la chirurgie.

Il est clair que devant la possibilité d'une intervention opératoire, les médecins s'appliquent à rendre leurs diagnostics différentiels et topographiques de plus en plus fins et exacts. Toute une littérature nouvelle surgit et, à tous les congrès modernes, la question de la clinique des tumeurs de la moëlle et de ses enveloppes vint à l'ordre du jour.

Absorbés par les études cliniques des tumeurs de la moëlle, les médecins négligèrent quelque peu le côté anatomo-pathologique de

la question; non pas que le diagnostic microscopique des tumeurs enlevées ou bien trouvées sur le cadavre, quand l'opération ne pouvait avoir lieu, ne fût fait, mais on ne cherchait pas à utiliser les informations que pouvait donner à la clinique l'anatomie pathologique des cas étudiés. Le premier travail d'ensemble sur l'anatomie pathologique des tumeurs intrarachidiennes (Schlesinger) ne parut qu'en 1898; puis, en 1904, Borst étudia la question. Je crois qu'il sera utile de reprendre ici le sujet et de faire une briève revue de l'état actuel de nos connaissances de l'anatomie pathologique des tumeurs de la moëlle et de ses enveloppes. Le clinicien y trouvera bien des faits qui viendront se joindre aux observations cliniques pour le mettre en garde contre un empressement trop grand à préconiser l'intervention chirurgicale.

Avant d'entrer en matière, nous allons encore délimiter exactement le sujet pour éviter tout malentendu.

Le clinicien est enclin à réunir sous le nom de tumeurs aussi bien les vraies néoplasies que les granulomes tuberculeux ou syphilitiques, les kystes parasitaires (à echinococcus et à cysticerques), etc. Nous nous tiendrons strictement à la définition anatomo-pathologique des tumeurs et nous laisserons de côté les tuméfactions produites par des proliférations inflammatoires, des malformations, etc.

De même, nous allons exclure de notre revue les tumeurs des vertèbres et de leur périoste, qui, par continuité, se propagent dans le canal rachidien.

Nous aurons donc à passer en revue 1° les tumeurs des méninges, aussi bien celles qui se développent à la surface externe de la dure-mère et qui restent extradurales, que celles qui prennent naissance dans la dure-mère, à sa face interne, dans l'arachnoïde, dans la pie-mère et dans les racines des nerfs et 2° les tumeurs de la moelle elle-même.

Comme c'est une revue de l'anatomie pathologique du sujet que nous allons présenter ici, nous ne baserons pas notre classification sur le point de départ et la localisation des tumeurs, mais sur leur caractère histologique. Sur la localisation des différents types de tumeurs nous reviendrons plus tard.

Dans la moelle et dans les méninges, on a trouvé des *fibromes*, des *myxomes*, des *lipomes*, des *ostéomes*, des *angiomes*, des *sarcomes*, des *myomes*, des *gliomes*, des *neuromes*, des *endothéliomes* et, enfin, des *tumeurs de structure complexe*, composées de tissus provenant de différents feuillets embryonnaires.

Ces tumeurs sont en grande majorité, des *tumeurs primitives*. Les *tumeurs métastatiques* de la moelle elle-même sont extrêmement rares; un peu plus fréquentes sont les tumeurs métastatiques des méninges. Elles constituent toutefois un événement assez rare.

Nous commençons notre revue par les *fibromes*. Ces tumeurs peuvent être *multiples* ou *solitaires*.

Les *fibromes multiples* sont localisés dans les racines des nerfs rachidiens (fig. 1), dans la *fibromatose universelle des nerfs,* connue généralement sous le nom de *neurofibromatose* ou *neuromatose*. Au

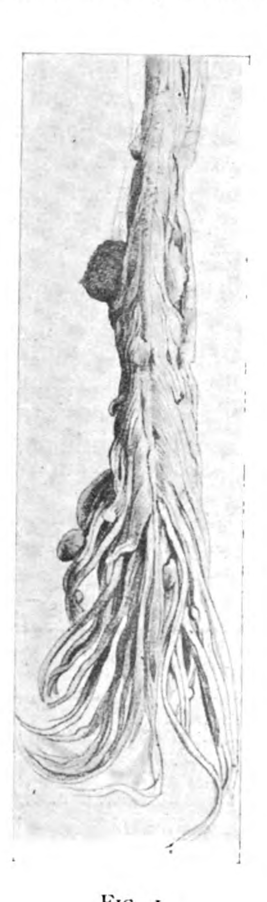


Fig. 1

Fibromes multiples des racines nerveuses de la moelle. Pièce du musée pathologique de Vienne.

point de vue anatomo-pathologique, cette dernière dénomination n'est pas exacte, vu que la néoformation de fibres nerveuses n'existe généralement pas dans ces tumeurs, qui sont de vrais fibromes et, en tant que fibres nerveuses, ne contiennent que celles, qui préexistaient dans les nerfs atteints de la prolifération néoplasique du tissu conjonctif endo- et péri-neural.

Les fibromes multiples des racines rachidiennes ont la même structure que les fibromes des autres nerfs périphériques et siègent

aussi bien en dehors de la dure-mère que sous elle ; ils sont souvent plus ou moins intimement soudés avec les méninges, principalement avec la pie-mère.

Ce sont les nerfs de la queue de cheval qui sont la localisation d'élection des fibrômes multiples, mais on les rencontre aussi sur d'autres nerfs rachidiens, où ils forment des nodules et des chapelets.

Parfois ce n'est qu'un nerf unique qui est entrepris, plus souvent plusieurs, quelquefois, enfin, presque tous les nerfs rachidiens (en même temps que les nerfs cérébraux) sont entrepris.

Goldmann a fait la remarque que, dans la fibromatose multiple des nerfs, ce sont plus souvent les nerfs sensitifs que les nerfs moteurs, qui sont le siège des tumeurs. Dans plusieurs cas de fibromatose des racines rachidiennes on a pu vérifier l'exactitude de cette remarque. Tout particulièrement caractéristique est le cas relaté par Strube dans lequel *exclusivement les racines postérieures* étaient entreprises.

Une transition entre les fibromes multiples et les fibromes solitaires intra-rachidiens est représentée par les cas de fibromatose diffuse des nerfs périphériques. Dans ces cas, la dure-mère est envahie sur une étendue plus ou moins grande par des masses nodulaires et lobulées, dans lesquelles les tumeurs des nerfs eux-mêmes n'apparaissent qu'indistinctement.

Parfois ces formes diffuses présentent un certain degré de malignité et envahissent la moëlle elle-même. Sous l'influence des masses néoplasiques, des déformtaions plus ou moins sérieuses de la paroi osseuse se développent ; ces déformations ont été décrites plus particulièrement par Schlesinger.

Les fibromes solitaires des méninges et des nerfs sont ceux, qui ne sont pas accompagnés de fibromatose généralisée. Leur point de départ le plus fréquent est la dure mère, plus rarement c'est la pie-mère, l'arachnoïde ou les gaînes des racines rachidiennes des nerfs qui leur donnent naissance. Parfois ces fibromes sont si riches en cellules qu'on les range parmi les fibrosarcomes ; mais il est plus exact, vu le caractère de leur évolution, de les considérer comme des fibromes, ainsi que le fait notamment Schlesinger.

Très souvent on rencontre dans les fibromes solitaires de l'œdème, qui simule de la dégénérescence myxomateuse ; parfois aussi une vraie dégénérescence muqueuse se développe dans ces tumeurs. Des tumeurs de caractère mixte — fibrolipomes, fibromyolipomes — ne sont pas rares non plus ; ces dernières se rencontrent principalement en connexion avec la *spina bifida*.

Enfin, l'œdème que nous avons déjà mentionné, peut donner lieu à un ramollissement kystoïde partiel, le plus souvent central.

L'invasion de fibromes extrarachidiens dans le canal vertébral par les orifices intervertébraux et l'envahissement des méninges par ces

tumeurs arrivent parfois, mais ces faits sont extrêmement rares. Un cas très net a été noté par Boerner il y a plusieurs années (1902).

Sous le diagnostic de *myxome*, on trouve dans la littérature, principalement chez les auteurs plus anciens, à l'époque où le diagnostic microscopique ne se faisait pas avec assez de précision, où les méthodes histologiques étaient aussi plus ou moins défectueuses, des tumeurs de différente nature. Le vrai myxome, le myxome pur est une tumeur très rare. Ce qu'on décrivait comme myxome, c'étaient probablement des fibromes, des sarcomes, des endothéliomes des méninges en voie de dégénérescence muqueuse, des tumeurs mixtes — fibrolipomyxomes et autres — également extramédullaires et, enfin, des gliomes intramédullaires en voie de ramollissement. Il est aujourd'hui impossible de prouver dans beaucoup de cas, dont les coupes ne sont pas conservées, l'erreur de diagnostic, mais un fait frappant, sur lequel Borst insiste avec raison, peut servir de preuve indirecte: depuis 1897 pas un cas de myxome de la moelle et de ses enveloppes n'a été diagnostiqué et plus on se rapproche de cette date, plus rare en général devient ce diagnostic.

Le *lipome* pur est très rare dans la région qui nous intéresse ici. Si nous faisons abstraction des cas où le lipome avait pour point de départ le tissu adipeux entre la dure-mère et l'os et de ceux où il ne pénétrait dans le canal que par continuité du dehors, il ne reste que très peu de cas à mentionner. Citons ici, comme exemples de *lipome solitaire*, l'observation de Braubach (1884), qui a trouvé chez une fillette de 5 ans, dans l'espace sous arachnoïdien, un lipome remplissant le canal du 5[me] segment cervical jusqu'au 4[me] dorsal et enveloppant presque complètement la moëlle, qu'il comprimait, et le cas de Spiler (1899), qui a vu un lipome solitaire du fil terminal. Les *lipomes multiples* sont encore plus rares. Je mentionnerai ici le cas de E. K Hoffmann, dans lequel la dure-mère était parsemée de tumeurs lipomateuses de différent volume ainsi que les racines postérieures des nerfs rachidiens.

Beaucoup plus fréquente que le lipome pur et la prolifération néoplasique du tissu adipeux dans les tumeurs mixtes qu'on trouve en connexion avec la *spina bifida* et qui, quoique pour la plupart du temps d'origine extrarachidienne, se développent souvent dans l'espace sousdurale et entrent en connexion avec les méningues et même avec la moëlle, qui dans la *spina bifida sacrale* descend beaucoup plus bas qu'à l'état normal. Ce serait nous écarter de notre sujet, que de décrire ici la genèse et la structure des productions kystiques qui se développent dans la *spina bifida* et des tumeurs qu'on y rencontre. Nous ne ferons que remarquer que c'est une anomalie de développement de la colonne vertébrale, une fente dans sa partie lumbo-sacrale le plus souvent, qui est le point de départ d'une hernie des méninges et même de la moelle; cette hernie peut rester invisible

sous la peau *(spina bifida occulta)* ou bien soulever la peau et simuler un kyste (*spina bifida aperta*). Dans ces hernies, les méninges peuvent se rompre; des inflammations s'ensuivent, il se forme des cicatrices, au cours de la rétraction desquelles les tissus cutané, sous-cutané, musculaire et adipeux se transportent dans le canal rachidien. Ces masses tissutaires se soudent parfois aussi avec la moelle qui, chez l'embryon, chez lequel tous ces processus ont lieu, se trouve encore dans la partie sacrale du canal vertébral. Or c'est un phénomène assez fréquent que ces masses tissutaires donnent naissance à des néoplasies complexes, parfois volumineuses, qui peuvent comprimer la moëlle, puisqu'elles se développent dans le canal vertébral.

Dans toutes ces néoplasies complexes la prolifération du tissu adipeux est très marquée.

Ajoutons encore que la *spina bifida* n'est pas exclusivement lumbo-sacrale, que dans la partie dorsale de la colonne vertébrale elle s'observe aussi et quelle est très souvent combinée avec d'autres anomalies de l'évolution embryonnaire.

Le *chondrome* et l'*ostéome* vrai des méninges et de la moëlle n'ont encore jamais été observés.

Ce qu'on décrit sous le nom d'*ostéome* de la pie-mère, c'est l'apparition de petites plaques de tissu ostéoïde ou même franchement osseux. L'étude de ces plaques osseuses (Zanda) prouve que nous n'avons pas affaire ici à un processus néoplasique, comme le prétendaient les auteurs anciens, ni à une inflammation — leptoméningite ossifiante — comme le veulent certains auteurs, mais bien à une *ossification hétéroplastique*. Pourquoi cette ossification se produit-elle, pourquoi la partie dorsale du canal rachidien est-elle son siège principal et, enfin, pourquoi est-ce dans la pie-mère (et l'arachnoïde) qu'elle a lieu, ce sont des questions auxquelles il nous est pour le moment encore impossible de répondre.

En ce qui concerne les *angiomes*, les deux types de ces tumeurs — les *hémangiomes* et les *lymphangiomes* — sont représentés dans la casuistique des tumeurs intrarachidiennes.

Les *hémangiomes* sont le plus souvent des *tumeurs mixtes*, des fibromes, des myxomes, les lipomes avec prolifération néoplasique des vaisseaux. Les anciens auteurs ne distingaient pas suffisamment les angiomes des angiosarcomes et des endothéliomes cylindromateux et classaient parmi les angiomes des néoplasies qui ne peuvent y être maintenues. On a aussi parlé d'hémangiomes à propos des télangiectasies qui se rencontrent dans les parois des sacs de l'hy*drorrhachis* ou entre ces parois et la peau.

Les vraies *hémangiomes purs* intrarachidiens sont rares. Berenbruch en rapporte un cas, dans lequel, entre la sixième vertèbre cervicale et la cinquième vertèbre dorsale, se trouvait une tumeur qui

refoulait et s'était substituée en partie à la substance de la moëlle et qui, au microscope, présentait tous les caractères d'un hémangiome; outre cette tumeur, on trouva dans le même cas des *lipomes* et des *myolipomes* disséminés dans différentes parties de l'organisme et un *lipoangiome* développé entre les muscles du dos, et qui s'était in-

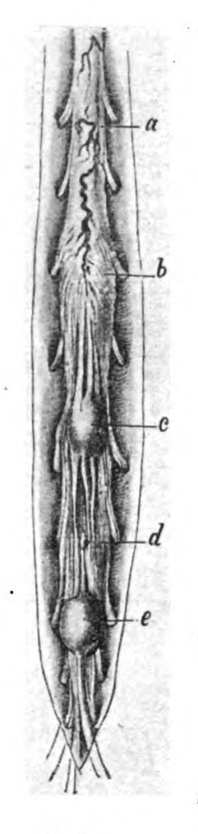


FIG. 2

Gliome central de la moëlle lombaire, neurofibrome et angiome de la queue de cheval. *a*) Moëlle dorsale, *b*) moëlle lombaire contenant un gliome avec syringomyélie, *c*) *d*) neurofibromes, *e*) angiome. (*Gaupp.*)

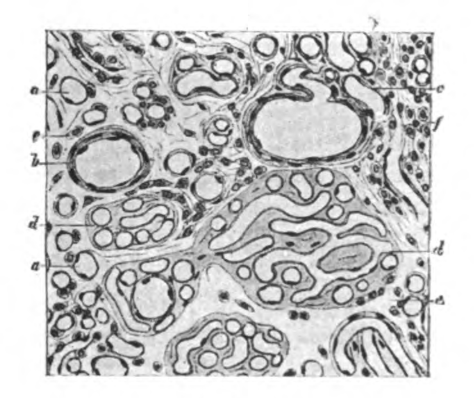


FIG. 3

Coupe de la tumeur *e* de la fig. 2. Angiome. *a*) petits, *b*) plus grands vaisseaux isolés, *c*) faisceaux de vaisseaux, *d*) dégénérescence hyaline du tissu conjonctif périvasculaire, *e*) cellules intervasculaires, *f*) tissu conjonctif normal. (*Gaupp.*)

sinué dans un orifice intervertébral et se prolongeait dans le canal rachidien, ou il comprimait la moëlle dans sa partie dorsale. Gaupp décrit aussi un hémangiome simple, localisé dans la queue de cheval d'un malade atteint en même temps de neurofibromes et de gliome avec syringomyélie (fig. 2 et 3). Deux autres hémangiomes, *caver-*

neux ceux-là et intramédullaires, ont été décrits par Lorentz et Hadlich.

Quant aux *lymphangiomes,* dans la litérature on en a noté que deux cas. Le premier est décrit par Taube; c'est un *lymphangiome* de la pie-mère qui enveloppait la moelle et les racines des nerfs dans la partie dorsale; le deuxième, de Laqueur et de Rehn, est un *lymphangiome caverneux* et siégeait en dehors de la dure-mère, à la partie dorsale de la queue de cheval.

Dans le chapitre des *myomes,* ce sont les tumeurs mixtes en connexion avec la *spina bifida* qui sont à nommer en premier lieu, les *lipomyomes,* dont nous avons déjà parlé à l'occasion de la description des lipomes. Puis il y a encore l'observation de Gowers sur une tumeur du cône médullaire, composée de tissu adipeux et de fibres musculaires striées, sur laquelle il est impossible de se prononcer définitivement et de décider si elle était en connexion avec une *spina bifida* ou non.

Quant aux observations de lipomyomes intrarachidiens de Pick, elles sont douteuses. Deux de ces cas étaient extramédullaires, le troisième intramédullaire. Toutes les trois tumeurs étaient en connexion avec des parois vasculaires et semblaient en dériver: les deux premières des vaisseaux de la pie-mère, la troisième des vaisseaux entourant le canal central. Hellich, qui a observé des formations analogues à celles de Pick, est en désaccord complet avec ce dernier sur leur nature. D'après Hellich, les nodules que Pick considère comme des leiomyomes sont des paquets de fibres nerveuses anormales, qui à cause de leur disposition fasciculaire et de l'orientation parallèle des noyaux des gaînes de Schwann ont éte prises pour des fibres musculaires lisses.

Des *neuromes* ou *neurofibromes* multiples des anciens auteurs nous avons déjà parlé plus haut, et nous avons expliqué que toutes ces tumeurs sont des fibromes des nerfs et que les fibres nerveuses qu'ils contiennent ne sont pas des fibres de néoformation.

Les « vrais » neuromes sont bien rares. On en a décrit une demi douzaine (Raymond, Schlesinger, Saxer, Herveroch, etc.). C'étaient de petits nodules intramédullaires, composés de fibres myéliniques entrelacées et englobées dans de la neuroglie; dans tous les cas il y avait de la gliose et de la syringomyélie. Les cas de Kahlden restent douteux; l'opinion de Hanau, qu'il s'agissait dans ces cas de produits artificiels, causés par une mauvaise préparation, n'a pas été suffisamment refutée par Kahlden. Pour les cas mentionnés plus haut de Raymond, Schlesinger, etc., cette opinion de Hanau semble inadmissible, comme le croit aussi Borst. Hellich, qui, comme nous l'avons dit tantôt, a démontré la nature nerveuse des « leiomyomes » intrarachidiens de Pick, a voulu identifier les névromes de Raymond, Schlesinger et les autres avec ses paquets de fibres ner-

veuses anormales, simulant des nodules néoplasiques. Borst, qui a refait l'étude de Hellich, croit, ainsi que Saxer, que ces paquets de fibres nerveuses trouvés dans des cas de gliose et syryngomyélie ne sont pas des anomalies de développement, comme le prétend Hellich, mais des produits de néoformation; seulement, il n'admet pas une néoformation néoplasique, mais une néoformation régénératrice. Le cas de neurome de la moëlle le plus récent, décrit par Switalski, appartient à la même catégorie. Pour la clinique, tous ces neuromes « par régénérescence » ou « par néoplasie » n'ont aucune importance; ils ne sont intéressants qu'au point de vue anatomique.

Pour terminer le chapitre des neuromes, nous devons encore rappeler que des paquets de fibres nerveuses ont été trouvés dans des tumeurs complexes, dans la *spina bifida,* comme nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre des lipomes. Les fibres nerveuses y formaient des masses plexiformes. Dans les deux cas connus de cette catégorie (Schreiber-Bruns et Borst-Wasslé) les gaînes conjonctives des faisceaux nerveux présentaient une dégénérescence myxomateuse très nette.

Les proliférations pathologiques de la *neuroglie* sont bien fréquentes dans la moelle. Nous les retrouvons dans les *scléroses de la moelle,* scléroses disséminées, diffuses, consécutives à la fonte du tissu nerveux, etc.; ces proliférations de la neuroglie, qui sont de nature inflammatoire et ont pour but de remplacer les pertes de substance nerveuse normale, sont suffisamment caractéristiques pour être distinguées des proliférations néoplasiques.

Mais, parfois, des proliférations de la neuroglie sont localsées aux mêmes endroits, qui sont les points de prédilection du développement des tumeurs neurogliques et leur ressemblent en beaucoup de points; malgré cela elles doivent être distinguées des vraies *gliomes.* Cette distinction, assez facile dans certains cas, devient très difficile et même parfois impossible dans d'autres. Avant de parler des gliomes, nous tacherons de caractériser en peu de mots ces proliférations, connues sous le nom de *glioses,* nom que leur a donné F. Schultze,

Il est établi que la quantité de neuroglie autour du canal central et la structure du canal central lui-même varient d'un individu à l'autre et que ces variations sont souvent assez considérables. Mais, aussi longtemps que l'augmentation de la quantité de neuroglie péricentrale ne produit pas de lésions du tissu nerveux environnant, on peut considérer la moëlle comme normale. S'il y a lésion du tissu avoisinant, nous entrons dans le domaine de la pathologie. Or, dans les scléroses de la moelle, principalement dans la sclérose multiple, la neuroglie péricentrale prolifère en même temps que se forment les plaques et probablement sous l'influence des mêmes facteurs. C'est donc une prolifération pathologique, mais elle ne peut pas provoquer de confusion, elle ne peut donner lieu au diagnostic de gliome.

Ce sont les *glioses péricentrales primitives,* qui apparaissent sans causes appréciables, probablement sous l'influence de tendences innées qui nous mènent insensiblement dans le domaine des vrais gliomes, des néoplasies indubitables. Mais, si les formes extrêmes, nettement néoplasiques, ne laissent de doute à personne, les formes intermédiaires, au contraire, provoquent beaucoup de discussions. Ce que l'un nomme encore gliose est pour un autre déjà un gliome. Et nous n'avons pas de critérium pour trancher la question — tout est ici appréciation individuelle. Ceci est pour nous une preuve de plus que les « tumeurs » ne sont pas des proliférations pathologiques pour lesquelles il faut admettre une étiologie spécifique, mais qu'elles sont un chaînon, dans la chaîne ininterrompue des phénomènes de prolifération morbide.

Nous n'approfondirons pas ici la question des formes douteuses, considérées comme transition entre la gliose (ou gliomatose, comme les nomment certains auteurs, qui, par ce terme, veulent marquer leur proche parenté avec les néoplasies, les gliomes) ; nous passerons directement à la caractéristique des *gliomes* (fig. 2, 4 et 5).

Les gliomes de la moelle sont des tumeurs à croissance infiltrative, rarement expansive. Elles envahissent aussi bien la substance grise que la substance blanche. A cause de leurs croissance infiltrative, les gliomes contiennent toujours, dans toute leur étendue, quoique principalement à la périphérie, beaucoup de produits de dégénérescence d'éléments nerveux et du tissu nerveux normal, ce qui a donné lieu à la supposition qu'il y a régulièrement dans les gliomes de la prolifération néoplasique des cellules et des fibres nerveuses.

La vascularisation des gliomes est très abondante, parfois si abondante qu'on pourrait nommer ces tumeurs *angio-gliomes.*

Les contours des gliomes sont souvent peu nets, l'infiltration périphérique formant une zône de transition dans laquelle il n'est pas aisé de distinguer nettement l'envahissement des tissus préexistants par les tissus néoplasiques. Il y a cependant des cas où la masse néoplasique se détache très nettement.

Dans la moëlle, le gliome s'accroît principalement en long, et parfois la moëlle est entreprise dans toute sa longueur, sans que toute la section soit envahie. Toutes les parties du cylindre médullaire peuvent être le siège d'un gliome. Schlesinger, s'appuyant sur un grand nombre de cas, croit cependant pouvoir dire que les intumescences, cervicale et lombaire, sont le plus souvent atteintes.

Le gliome est presque toujours solitaire ; ce n'est que quelques fois qu'on a signalé des gliomes multiples.

Sur les coupes transversales de la moelle, qui au niveau de la localisation de la tumeur est plus ou moins épaissie, on voit les parties centrales des sections transformées en tissu néoplasique gris ou gris-rougeâtre, tandis que, dans les couches périphériques, le tissu nor-

mal est conservé. Rarement c'est une moitié de la moelle qui est entreprise (observations de Schlesinger). Si l'on a la chance d'étudier un gliome jeune, on voit que le point de départ de la prolifération néoplasique est le centre de la moelle.



FIG. 4

Gliome de la partie inférieure de la moëlle. La tumeur est fendue en long. Pièce du musée pathologique de Vienne.

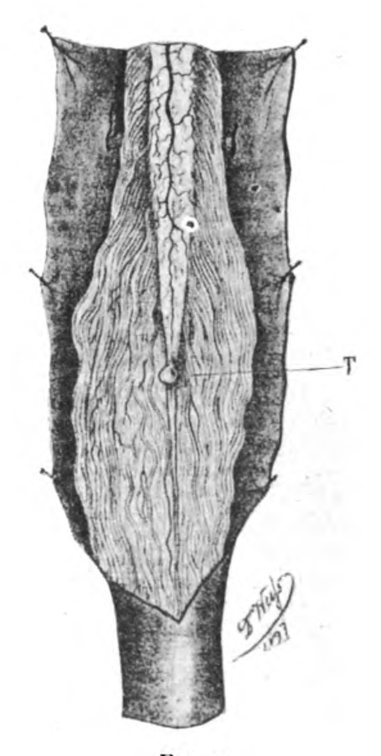


FIG. 5

Gliome du cône terminal. T. la tumeur (Schlesinger).

Les gliomes peuvent infiltrer toute la moelle; les méninges sont rarement infiltrées et plus rarement encore dépassées. Il y a toutefois des cas exceptionnels, où les gliomes (principalement des gliomes riches en cellules et qu'on nomme gliosarcomes) ont envahi la duremère, les vertèbres, et même ont donné des métastases dans des organes plus ou moins éloignés.

La structure microscopique des gliomes est caractérisée par les cellules neurogliques (*astrocytes*), à prolongements ramifiés; ces prolongements forment entre les cellules un réseau de fibres plus ou

moins irrégulier. La quantité de cellules est très variable, mais, en général le gliome de la moëlle est plus riche en cellules que le gliome cérébral. Plus il y a de cellules, moins le réseau neuroglique est développé et, dans les formes les plus riches en cellules, il peut disparaître plus ou moins complètement, tandis que les cellules mêmes présentent une variété de forme et de volume qu'on ne trouve jamais dans les formes pauvres en cellules. Les gliomes polycellulaires sont nommés par beaucoup d'auteurs *gliosarcomes*. Le diagnostic différentiel entre ces gliosarcomes et les vrais sarcomes n'est souvent pas aisé. La présence de fibres neurogliques dans un sarcome peut induire en erreur ; elle s'explique par la persistance de fibres normales préexistantes. Toutefois le caractère des cellules, leurs prolongements ramifiés sont un signe distinctif sérieux pour reconnaître le gliosarcome, même quand on ne peut presque plus retrouver de traces du réseau de fibres neurogliques.

Stroebe insiste sur les relations entre les cellules et les vaisseaux comme signe différentiel : si les cellules accusent une disposition nettement périvasculaire, c'est que la tumeur est un sarcome. Le même auteur fait remarquer aussi que les produits de dégénérescence du tissu nerveux envahi par la tumeur sont disséminés dans toute la tumeur, si c'est un gliome, et se trouvent exclusivement à la périphérie, si c'est un sarcome. Enfin il faut aussi, le cas échéant, prendre en considération quel est le point de départ de la tumeur — les méninges ou la moëlle ; dans le premier cas, nous avons toujours affaire au sarcome, dans le dernier plutôt au gliome. Les métastases ne peuvent pas fournir d'indications sérieuses, vu que le gliosarcome peut aussi donner des métastases.

Outre les éléments histologiques dont nous avons parlé plus haut, et qui consistent en cellules et fibres neurogliques, les gliomes contiennent parfois des amas de cellules à caractère *épendymal*, pareilles à celles qui entourent normalement le canal central, et aussi des tubes ou alvéoles tapissés de cellules cylindriques ou cubiques, caractérisées par la présence de prolongements partant de la base de ces cellules et se perdant parmi les fibres neurogliques (Rosenthal, Fraenkel, Pribytkoff et Iwanoff, etc.). Rosenthal se basant sur des pièces imprégnées d'après la méthode de Golgi, identifie ces cellules avec le *neuroépithélium* embryonnaire, dont provient la neuroglie. Pour les tumeurs que les contiennent, il propose le nom de *neuroépithéliome gliomateux*. Les mêmes cellules neuroépithéliales se rencontrent aussi dans le gliome cérébral et rétinien ; elles y forment aussi des alvéoles et des tubes. Nous avons eu l'occasion de les étudier dans le *gliome rétinien* et nous croyons avoir pu prouver qu'elles y sont le point de départ de toute la prolifération néoplasique et que ce n'est que plus tard, au cours de l'évolution ultérieure des tumeurs qu'elles perdent leur caractère neuroépithélial pour acquérir le caractère neuroglique. (*A suivre.*)

XVIIIe Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

DIJON, 3-10 AOÛT 1908

L'ouverture du Congrès a eu lieu le lundi 3 août, dans la Salle des Etats de Bourgogne, à Dijon.

Après le discours traditionnel du maire, le Dr Cullerre, président du Congrès, a fait l'étude du monde de la Cour au temps de Louis XIV.

L'auteur étudie successivement les psychoses pures, les névropathies, les impulsions, les obsessions, le mysticisme, les excentricités et la dépravation morale.

I. *Psychoses*. — Les moins nombreuses répondent au diagnostic de confusion mentale. Mme de Sévigné décrit ainsi la maladie de Berrier, confident de Colbert, homme haï et méprisé pour le rôle qu'il joua dans le procès Fouquet : « Berrier est devenu fou, mais au pied de la lettre ; c'est-à-dire qu'après avoir été saigné excessivement, il ne laisse pas d'être en fureur. Il parle de potence, de roue, il choisit des arbres exprès ; il dit qu'on le veut pendre ; il fait un bruit si épouvantable qu'il le faut tenir et lier. »

Saint-Simon nous a conservé l'observation d'un neveu de Colbert, le marquis de Maulévrier, qui se tua dans un accès de folie furieuse, survenu au cours d'une tuberculose pulmonaire et laryngée. Déséquilibré et impulsif, il se compromit en témoignant, vis-à-vis de la duchesse de Bourgogne, une passion violente. Fagon l'envoya en Espagne pour se soigner, mais au retour de ce voyage, il se brisa le crâne dans un accès de *fièvre chaude*, en se précipitant par une fenêtre.

Mme Desmarests, femme du surintendant des finances, devint folle au cours d'une variole et tomba en démence.

De beaucoup les plus nombreux sont les cas de folie héréditaire. En voici quelques exemples mémorables :

Loménie de Brienne, secrétaire d'Etat des affaires extérieures, homme d'une intelligence brillante, mais déséquilibré et dénué de sens moral, après avoir réussi admirablement à la Cour et dans son ministère, tomba en disgrâce pour avoir triché au jeu du roi. A la mort de sa femme, il se fait prêtre de l'Oratoire, mais est bientôt chassé de l'ordre pour inconduite. On dut l'enfermer dans un couvent où il mourut. Sa folie, dit Saint-Simon, ne l'empêcha pas d'écrire beaucoup de poésies parfaitement belles sur ses malheurs. Son fils fut aussi enfermé pour cause d'aliénation mentale.

II. *Névropathies*. — L'épilepsie convulsive n'est guère compatible avec la vie de courtisan, mais sous ses formes variées, elle peut se glisser dans les milieux les plus choisis.

M. de la Châtre, lieutenant-général des armées, étant un jour à la Comédie à Versailles, se mit tout d'un coup à tirer l'épée, à s'imaginer voir les ennemis, à crier, à commander et à vouloir faire le moulinet sur les comédiens et sur la compagnie. Cette crise n'était pas la première. Déjà, chez le prince de Conti, qui avait la goutte et en éprouva une extrême frayeur, il s'était mis soudain à vouloir charger les ennemis en poussant des cris et en estocadant contre les meubles et le paravent. Il eut depuis une quantité d'autres accès qui ne le séquestrèrent ni du monde ni de la Cour.

Bien que l'hystérie ne soit pas non plus une maladie de cour, on en trouve un certain nombre d'exemples dans les écrits du temps. Sourche a décrit une crise convulsive de Mme de Nenneterre, gouvernante des filles de Madame; Bossuet nous a révélé celles de Mme de Montespan. Saint-Simon nous a raconté le cas de la maréchale de Clérembault, gouvernante de la reine d'Espagne, qui pendant un an fut frappée de mutisme hystérique, et celui de la duchesse de Charost qui, atteinte d'*akinesia algera*, mourut après dix ans de maladie sans avoir pu être remuée de son lit, voir aucune lumière, ouïr le moindre bruit, ni changer de linge plus de deux ou trois fois l'an.

On pourrait citer de nombreux cas de neurasthénie constitutionnelle, de psychasténie et d'hypochondrie, au sein de cette société si spéciale. Mme de Sévigné en rapporte des exemples aussi nombreux que pittoresques : « Mlle de Méry (sa parente), écrit-elle, est sans fièvre, mais si accablée de ses maux ordinaires et de ses vapeurs, si épuisée qu'elle fait pitié... Il y a un peu de difficulté à l'entretenir; elle se révolte aisément contre les moindres choses, alors qu'on prend les meilleurs tons. »

Une quantité de troubles nerveux étaient désignés sous le nom de vapeurs. Une foule de *vaporeux* entouraient la célèbre marquise de La Fayette, qui, elle-même, était atteinte de nervosisme vague. Un des vaporeux les plus célèbres de la fin du dix-septième siècle fut l'abbé Têtu, ancien aumonier du roi, membre de l'Académie française, ami de Mme de Montespan et de Mme de Maintenon. « L'abbé Têtu, écrivait Mme de Sévigné, a des vapeurs qui l'occupent et toutes ses amies; ce sont des insomnies qui passent les bornes... Il se fait des points de fièvre des moindres choses; il sent son état, et c'est une douleur. »

III. *Impulsions.* — Une des formes de l'impulsivité morbide qui est de tous les temps et de tous les milieux, est le suicide. Nous en avons relevé de nombreux cas parmi lesquels figurent en première ligne le comte de Vauguyon, ambassadeur et conseiller d'Etat, qui, tombé en disgrâce, se tira, dans une crise de trouble mental, deux coups de pistolet; celui de du Bordage, officier des armées, qui s'empoisonne par désespoir d'amour; et enfin celui du prince de Courtenay, descendant de Louis le Gros, qui, sans qu'on sût pourquoi, se brûla la cervelle en 1723.

Les tendances dipsomaniaques étaient fréquentes chez les dames du plus grand monde. Tel fut le cas de la marquise de Richelieu, femme déséquilibrée et sans moralité; de Mlle de Blois, fille de Louis XIV, et femme du Régent; de la duchesse de Berry, sa fille; de Mme de Vendôme, petite-fille du grand Condé. Bien que les abus de vin et d'eau-de-vie fussent de règle à cette époque parmi les hommes titrés, ainsi qu'en témoigne Labruyère, je n'ai recueilli parmi eux aucun cas d'alcoolisme authentique.

IV. *Obsessions.* — Nous trouvons, dans les écrits du temps, des échantillons de presque toutes les formes classées d'obsessions et de phobies.

Mlle de Saint-Hérein avait peur de l'orage. Quand il tonnait, elle se fourrait à quatre pattes sous un lit et faisait coucher ses gens dessus.

Le maréchal de Montrevel avait la phobie du sel renversé et mourut quelques jours après un accident de ce genre qui lui arriva chez le duc de Biron et qui avait troublé le peu de tête qu'il avait.

Mme d'Haudicourt craignait les esprit jusqu'à avoir des femmes à gages pour la veiller toutes les nuits. Son fils, ivrogne à l'excès, avait la même manie.

V. *Mysticisme.* — Dans les âmes prédisposées au mysticisme, la forte imprégnation religieuse que recevaient les esprits du dix-septième siècle avait des effets divers, bien que également excessifs. D'étranges susceptibilités de conscience naissaient dans certaines imaginations de grands seigneurs : le maréchal

d'Ornano, gouvernèur de Gaston d'Orléans, n'osait pas toucher à une femme ayant nom Marie. Le duc de Mazarin défendit à toutes les filles et femmes de ses domaines de traire les vaches, pour éloigner d'elles les mauvaises pensées que cela pouvait leur donner.

A côté des crises de conscience profondes et définitives, il s'en produisait de moins sérieuses; c'était comme une mode et une sorte d'engouement; citons la princesse d'Harcourt, Mme de Thianges, Mme de Morans, le comte de Tréville, le cardinal de Retz et Turenne lui-même...

VI. *Excentricités. Dépravation morale.* — Chez ces grands seigneurs placés en dehors de la loi commune, l'excentricité florissait à l'aise.

Le duc de Vendôme, d'une saleté insigne et affectée, recevait sur sa chaise percée dont le bassin servait aussi à lui faire la barbe. La princesse d'Harcourt se soulageait au sortir de table, et, n'ayant pas le loisir de gagner la porte, salissait le chemin d'une effroyable trainée. Elle trichait effrontément et n'en allait pas moins communier après une nuit passée à jouer. Le duc de Mazarin avait trois cents procès à la fois; mystique et bizarre, il se laissait dépouiller par les moines; sous prétexte de décence il barbouillait les plus beaux tableaux et mutilait les plus belles statues; il voulait faire arracher des dents à ses filles, parce qu'elle étaient belles, etc.

Le chapitre des intrigues galan.es et des extravagances des princesses et autres grandes dames ne s'est pas seulement ouvert de nos jours, témoins la grande duchesse de Toscane, fille de Gaston d'Orléans, la duchesse de Berry et les nièces de Mazarin, Mmes Colonne, Mazarin, de Soissons, de Bouillon.

Il y avait, dans la magnifique impudeur de quelques-unes de ces femmes, comme un souvenir des mœurs de la Renaissance; même remarque en ce qui concerne les étranges équipées de certains grands aventuriers de cette époque, par exemple l'abbé de Watteville, successivement prêtre, chartreux, musulman, pacha turc, archevêque et finalement abbé prébendé de plusieurs abbayes et courtisan considéré.

L'inversion sexuelle sous ses diverses formes existait alors et l'abbé d'Entragues en fut un type très pur. Il s'habillait communément en femme, travaillait à des ouvrages de femme et recevait au lit, selon la mode usitée par les femmes de qualité, affublé de coiffes et de rubans.

M. Cullerre termine sa remarquable étude par quelques considérations générales :

Dans ce milieu si spécial de la cour, nous constatons une véritable rareté de psychoses accidentelles, infectieuses ou toxiques : pas d'alcoolisme, pas de folie puerpérale, pas de paralysie générale bien qu'alors on bût beaucoup, qu'on ignorât la propreté la plus élémentaire, qu'on eût la syphilis et que les maladies infectieuses fussent plus fréquentes qu'aujourd'hui. L'élément pathogénique exogène ou endogène des psychoses, infection, virus, toxique, n'a donc pas l'importance presque exclusive qu'on est porté actuellement à lui attribuer. Ces privilégiés, par contre, étaient, de par leur genre de vie, moins désarmés qu'on ne l'est de nos jours de lutte pour la vie contre le choc des causes morales qui sont peut-être, dans la majorité des cas, les seules causes véritablement déterminantes des psychoses aiguës.

Nous n'avons pas davantage recueilli de psychoses systématiques pures alors que, dans un milieu différent, nous avons de nombreuses preuves qu'elles étaient fréquentes. Libre de toute entrave sociale, la déséquilibration mentale originelle, chez les grands seigneurs, s'éparpillait en excentricités parfois énormes, au lieu de se concentrer, comme chez les humbles, en véritables délires.

Ce qui caractérise, en définitive, la pathologie mentale de cette époque et de

ce milieu, c'est le déséquilibre constitutionnel du système nerveux, la folie héréditaire et la dégénérescence mentale sous ses multiples aspects. Tous les exemples cités au cours de cette étude tendent à démontrer cette prédominance presque exclusive des manifestations psychiques de la tare héréditaire.

* * *

Les travaux du Congrès ont débuté l'après-midi par l'exposé du rapport de

PSYCHIATRIE

Troubles psychiques par perturbations des glandes à sécrétion interne

M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris), rapporteur. — On sait, depuis Bouchard, l'importance de l'intoxication, surtout de l'auto-intoxication dans les maladies, et, depuis Régis, le grand rôle joué par cette auto-intoxication dans les affections mentales.

L'auto-intoxication résulte de mécanismes complexes, dont les sécrétions internes sont des facteurs cardinaux par les modifications qu'elles apportent au milieu intérieur. Toute cellule différenciée, a-t-on pu dire, est une glande. Le leucocyte, par exemple, qui secrète divers ferments, pourrait être pris pour type de la glande à sécrétion interne, car il déverse ses produits directement dans le sang.

Etudier les troubles psychiques par perturbations des sécrétions internes serait donc non seulement reprendre en détail la question des psychoses par auto-intoxication déjà élucidée dans son ensemble, mais de plus passer en revue les troubles de presque tous les viscères de l'organisme. Ce ne peut être le but de ce rapport.

Si la sécrétion interne est une fonction générale, si on l'a mise en évidence dans les glandes nettement caractérisées par leur sécrétion externe, comme le foie, le rein, le pancréas, il existe d'autres organes encore mal connus dans leurs détails et dont la sécrétion interne paraît dominer à tel point la physiologie qu'on les nomme souvent *glandes à sécrétion interne*. C'est seulement les perturbations de ces organes que j'étudierai dans leurs relations avec les troubles psychiques.

Je passerai en revue successivement la *glande thyroïde* et les *parathyroïdes*, le *thymus*, les *surrénales* et les *corps parasympathiques*, l'*hypophyse*, les *ovaires* et les *testicules*, ne faisant qu'indiquer le rôle possible de la *prostate*, des *glandes salivaires*, des *glandes mammaires* et du *placenta*.

I

Troubles psychiques dans les syndromes glandulaires

A. Syndromes thyroïdiens

1) INSUFFISANCE THYROIDIENNE

L'insuffisance thyroïdienne, selon qu'elle est congénitale ou acquise, totale et complète ou partielle et incomplète, retentit sur le développement et le fonctionnement du cerveau dans des proportions aujourd'hui bien connues chez les différents types de *myxœdémateux*. Les troubles psychiques, qu'on relève

dans les *formes non myxœdémateuses de l'insuffisance thyroïdienne*, ont, au contraire, été moins étudiés et doivent être décrits et interprétés à part.

a) ETAT MENTAL DES MYXŒDÉMATEUX

Le myxœdème est un syndrome d'insuffisance thyroïdienne caractérisé par la tuméfaction des téguments, des troubles intellectuels et l'atrophie du corps thyroïde, quelle que soit la cause de celle-ci, agénésie, ablation, infection. L'agénésie thyroïdienne entraine le myxœdème congénital ou idiotie myxœdémateuse de Bourneville.

L'idiot myxœdémateux est un nain. Son intelligence absolument rudimentaire est un peu moins profondément atteinte que celle des idiots par lésions cérébrales macroscopiques. Dans certains cas le myxœdème congénital est moins complet; tous les symptômes étant moins accusés, l'état intellectuel est plutôt celui de l'imbécile que de l'idiot.

Quand l'insuffisance thyroïdienne se produit dans l'enfance ou l'adolescence, on a le *myxœdème infantile* proprement dit. L'intelligence de ce myxœdémateux est, dit Régis, celle d'un enfant ordinaire chez qui elle se serait immobilisée, endormie sans progresser.

Dans sa forme la plus atténuée le myxœdème infantile constitue l'*infantilisme myxœdémateux type Brissaud.*

L'*infantilisme*, dit Meige, est un syndrome morphologique caractérisé par la conservation, chez l'adulte, des formes extérieures de l'enfance et la non-apparition des caractères sexuels secondaires.

Parmi ces infantiles, les uns sont arriérés, à l'intelligence bornée, d'autres n'ont pas de troubles intellectuels.

Survenant chez l'adulte, l'insuffisance thyroïdienne massive produit le myxœdème de l'adulte, dont les troubles psychiques consistent, avant tout, en torpeur cérébrale. Il n'y a plus arrêt de développement, mais seulement engourdissement et torpeur. Cette obtusion, cette confusion mentale, prise pour une démence qui n'existe pas, établit du même coup, dit Régis, que le myxœdème est une auto-intoxication à effets surtout stupéfiants.

Tel est, en une esquisse très rapide, parce qu'on la trouve partout détaillée, l'état mental des myxœdémateux.

Je n'ai pas à faire à part celle de l'état mental des crétins. Le *crétinisme*, en effet, n'est qu'une forme étiologique de l'insuffisance thyroïdienne. Il diffère du myxœdème par la présence fréquente de goitres, mais, comme lui, il présente tous les degrés dans l'échelle intellectuelle.

Chez le *crétin complet*, l'intelligence est nulle, la physionomie indifférente, la marche n'est possible qu'à quatre pattes; la parole est absente ou remplacée par des cris stridents et rauques. Au-dessus, le *semi-crétin* est comparable au myxœdémateux infantile précoce.

Puis vient le *crétineux*, chez lequel le niveau intellectuel est moins bas; la parole est lente; il est capable de se livrer aux travaux agricoles, de lire parfois et de prononcer des phrases usuelles. A un degré plus élevé le *crétinoïde* (Sainton).

Il n'y a pas dans le myxœdème que la torpeur et l'apathie. Prafois il s'y ajoute d'autres troubles, des idées fixes, des hallucinations, comme l'a observé Pilcz (de Vienne), du délire, des cris d'excitation, identiques aux troubles qui se produisent dans les psychoses d'intoxication et quand ces troubles psychiques précèdent les symptômes physiques, on conçoit la difficulté du diagnostic qui seul permet l'opothérapie efficace.

L'interprétation de ces faits est facile. L'ablation de la thyroïde chez les animaux, comme son agénésie ou sa lésion chez l'homme, les rend tristes, apathiques, lents, presque immobiles, maladroits et d'aspect idiot.

Inversement, la disparition des troubles psychiques des myxœdémateux par l'opothérapie thyroïdienne complète la démonstration du rôle de l'insuffisance thyroïdienne dans l'état mental des myxœdémateux.

b) TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES FRUSTES D'HYPOTHYROIDIE

Les symptômes d'insuffisance thyroïdienne peuvent être plus atténués que dans le myxœdème et ses formes.

On peut les grouper en :

1. Infantilisme;
2. Arriération physique et mentale;
3. Syndrome d'Hertoghe d'hypothyroïdie bénigne chronique;
4. Tempérament hypothyroïdien;
5. Neurasthénie hypothyroïdienne.

1. *L'infantilisme.* — L'infantile vrai est un enfant par ses apparences extérieures comme par sa mentalité, dit M. Brissaud, seulement c'est un enfant âgé.

Cet infantilisme, ajoute-t-il, n'a rien d'une dystrophie; c'est une manière d'être, une anomalie morphologique ou fonctionnelle qui ne compromet pas l'existence.

Cette forme d'infantilisme est caractérisée, comme le résume Halmagrand, par une face joufflue, des lèvres saillantes, la peau fine et glabre, des cheveux fins, un ventre proéminent, des membres potelés, une couche adipeuse épaisse, des organes génitaux rudimentaires sans poils au pubis. La voix est grêle et aigre. L'esprit, puéril, est fait de légèreté, naïveté, pleurs et rires faciles, émotivité excessive.

A ces symptômes il faut ajouter un signe capital : la non-soudure des épiphyses, qui est caractéristique de cet infantilisme, infantilisme vrai de Brissaud, et qui ne se trouve pas dans l'infantilisme type Lorrain.

Il y a autant de variétés d'infantilisme vrai qu'il y a, si l'on peut parler ainsi, d'hypothyroïdies partielles, et il est inutile, d'après M. Brissaud, de supposer que des troubles des glandes vasculaires sanguines autres que la thyroïde interviennent pour modifier le type. Les lésions ou l'insuffisance des autres glandes font des dystrophies; l'insuffisance thyroïdienne seule fait l'infantilisme vrai, qui n'est pas une dystrophie, mais un état morphologique. On voit la netteté de l'opinion de M. le Prof. Brissaud.

Dans ces cas-là, l'état mental, qui est le puérilisme, est donc en rapport avec la structure du cerveau arrêté plus ou moins dans son évolution et non avec des perturbations toxiques d'origine glandulaire.

L'état mental est lié à une anomalie de structure et non à un trouble de fonctionnement.

2. *L'arriération physique et mentale.* — Les *arriérés* ne sont pas toujours des myxœdémateux ou des infantiles.

Ils peuvent être obèses, chryptorchides. Quand l'arriération mentale est mono-symptomatique, c'est seulement l'heureux effet de l'opothérapie thyroïdienne qui permet d'en établir la nature.

3. *L'hypothyroïdie bénigne chronique ou syndrome d'Hertoghe.* — Hertoghe décrit des phénomènes d'insuffisance thyroïdienne chez des *adénoïdiens;* pour lui, les phénomènes psychiques seraient caractérisés par de l'apathie; « les

malades sont, dit-il, somnolents, fatigués, languissants ; un rien les énerve, tout semble être au-dessus de leurs forces physiquement et moralement ».

Chez ces êtres à peine malades, mais presque toujours souffrants, céphalée, rachialgie, lassitude, somnolence, troubles digestifs, constipation, palpitations, bourdonnements d'oreilles, douleurs articulaires, diminution de la mémoire, tristesse, sont symptômes fréquents, qu'ils soient isolés ou rangés en séries. Ces sujets présentent donc souvent ce que L. Lévi et H. de Rothschild appellent une *neurasthénie fragmentaire*.

La remarquable efficacité de l'opothérapie thyroïdienne sur ces divers troubles est l'argument sur lequel on table pour les rapporter à l'insuffisance thyroïdiene.

4. *Le tempérament hypothyroïdien.* — L'hypothyroïdie bénigne d'Hertoghe atténuée constitue le tempérament hypothyroïdien que l'opothérapie thyroïdienne peut transformer comme dans une observation typique de L. Lévi et H. de Rothschild.

On trouve chez ces hypothyroïdiens, qui ne sont pas des malades, les petits signes de l'insuffisance thyroïdienne : œdèmes transitoires, troubles de la calorification, constipation, fatigue, anorexie, céphalée, douleurs musculaires et articulaires, obésité, sénilité précoce, troubles pileux, signe du sourcil de L. Lévi et H. de Rothschild, et au point de vue psychique, mollesse, indolence, apathie, pas de volonté, lenteur de pensée et somnolence parfois invincible (Briquet, Régis, Mongour, Lorand).

Chez eux peuvent survenir les petits accidents de l'insuffisance thyroïdienne : auto-infections et auto-intoxications périodiques, vomissements, vertiges, urtisaire, troubles menstruels, nervosisme.

On arrive ainsi à la fin de la série décroissante des troubles qui ne sont plus suffisants pour former une maladie, mais constituent seulement les traits d'un tempérament dans lequel l'insuffisance thyroïdienne, très atténuée, est plus soupçonnée que démontrée. Néanmoins un double rapport est intéressant à relever, d'une part entre une insuffisance glandulaire probable et un tempérament et le *caractère*, cet ensemble psychique individuel qui constitue en partie la personnalité et qui, dans le cas particulier, se définit mollesse, indolence, apathie, lenteur de pensée et manque de volonté.

5. *La neurasthénie hypo-thyroïdienne.* — La neurasthénie est souvent un épisode au cours de l'hypothyroïdie bénigne chronique, comme elle est parfois une manifestation du tempérament hypothyroïdien.

L'expérimentation vient s'ajouter à la clinique pour démontrer le rôle de l'*insuffisance thyroïdienne relative* sur les troubles psychiques.

Si déjà, chez les animaux, l'expérimentation ne permet pas de conclusion formelle à cause du grand nombre des réactions viscérales, on conçoit qu'il n'est pas possible de rapporter certainement à la seule insuffisance thyroïdienne les troubles psychiques relevés dans les syndromes que je viens de passer en revue et dont la filiation avec l'hypothyroïdie, pour si probable qu'elle soit, n'est pas encore classique. Néanmoins, cette hypothèse d'une origine hypothyroïdienne des troubles psychiques portant surtout sur le caractère, a l'avantage d'entraîner comme conséquence une thérapeutique nettement définie, souvent suivie de succès. Aussi, me paraît-il y avoir grand intérêt à la prendre en sérieuse considération.

En résumé, les troubles psychiques dans les syndromes d'insuffisance thyroïdienne forment deux groupes.

Dans le premier, les troubles psychiques myxœdémateux font partie intégrante du tableau clinique et dépendent directement de l'insuffisance thyroï-

dienne par empoisonnement, et de plus, arrêt de développement chez l'enfant.

Dans le second groupe, la ressemblance de certains traits cliniques des syndromes avec le myxœdème fait soupçonner l'insuffisance thyroïdienne, que l'expérimentation rend tout à fait probable, et les troubles psychiques, qui fréquemment s'observent dans ces syndromes, paraissent, eux aussi, liés à une insuffisance thyroïdienne plus ou moins légère, mais la seule preuve qu'on en ait, le résultat thérapeutique, est discutable, car, d'une part, tout ce qui cède à l'opothérapie thyroïdienne ne fait pas partie nécessairement du syndrome d'hypothyroïdie et, d'autre part, pour juger de l'état curateur, la contre-épreuve est impossible.

(*A suivre.*)

REVUE D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

DUPRÉ. **L'affaire Ullmo.** (*Archives d'anthropologie criminelle*, août-septembre 1908.

L'auteur, chargé avec MM. Raymond et Courtois-Suffit, de l'examen mental de Ullmo, conclut :

1° Ullmo a pris l'habitude, depuis plusieurs années, de fumer l'opium à doses moyennes (30 à 40 pipes par jour, d'après lui), et, depuis plus de deux ans, non progressives.

Cette habitude a déterminé chez lui une intoxication légère dans son degré et bénigne dans ses conséquences.

En effet, à deux reprises, en juillet dernier, à l'occasion des manœuvres, et il y a deux mois lors de l'arrestation de l'inculpé, il a suffi de quelques jours de privation d'opium pour amener, sans phénomènes marqués d'abstinence, le sevrage de l'organisme et la guérison de l'intoxication.

De plus, la santé générale est excellente, et nous n'avons pu relever chez l'accusé, moins d'un mois après la cessation du poison, aucun symptôme physique ou psychique d'intoxication par l'opium.

L'opiomanie, pour les multiples raisons exposées dans ce rapport, n'a pu oblitérer chez Ullmo la notion de ses devoirs. L'inculpé a, dans la préparation et l'accomplissement de ses desseins criminels, agi avec lucidité et conscience. Il a, pendant six mois, déployé au service de ses projets, des ressources intellectuelles et des efforts volontaires, qui démontrent que, dans la poursuite de ses plans, l'opium lui avait laissé le libre exercice de ses facultés et de ses moyens d'action.

L'opium a pu diminuer l'énergie et affaiblir le courage de l'officier, lorsqu'il s'est agi pour lui de restreindre ses dépenses et de renoncer à son genre de vie. Mais on saurait d'autant moins l'incriminer dans la genèse des actes de l'inculpé, que c'est après plus de deux semaines de sevrage absolu de la drogue, au terme des manœuvres de juillet, que Ullmo a repris définitivement la poursuite de ses plans de trahison.

4° Le déterminisme des actes criminels de l'inculpé s'éclaire par la simple psychologie d'Ullmo. Celui-ci nous apparaît, d'une part, comme un sujet intelligent, cultivé, réfléchi, capable de réserve et de sang-froid. Mais, d'autre part, peut-être par le fait de l'hérédité psychopathique collatérale que nous avons relevée dans ses antécédents, Ullmo nous apparaît aussi comme pauvre en volonté, en énergie et en courage, incapable de résister à la sollicitation de ses appétits, et susceptible, pour la satisfaction de ses intérêts, des pires défaillances morales.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'anatomie pathologique des tumeurs de la moelle

PAR LE Dr JULES STEINHAUS

(*Suite et fin*)

Les métamorphoses régressives du tissu néoplasique sont très fréquentes dans le gliome; on y trouve de l'œdème, de la dégénérescence pseudomucineuse et graisseuse, en même temps que de la hyalinisation des parois vasculaires. Cette dernière provoque des hémorragies. Les gliomes primitivement solides peuvent devenir *cavitaires* à la suite de la déliquescence des tissus dégénérés; on doit même dire que ce n'est que très rarement qu'un gliome de la moëlle reste solide; presque tous deviennent cavitaires et ce n'est que leur partie périphérique qui conserve sa structure primitive, ce qui produit des images identiques, avec celles que présente la *syringomyélie* (fig. 6). Le diagnostic différentiel n'est pas toujours possible dans ces cas.

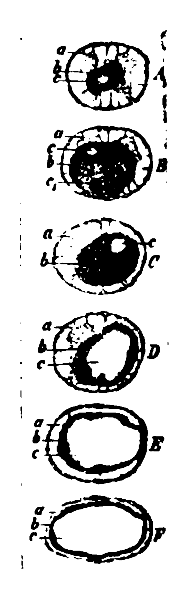


FIG. 6

Gliome et syringomyélie de la moëlle lombaire (*b* de la fig. 2). Coupes faites à 6 hauteurs différentes. *A*. *B*. Partie supérieure; *C*. *D*. Partie moyenne; *E*. *F*. Partie inférieure de la moëlle lombaire. *a*) Tissu nerveux, *b*) neuroglie. *c*) grande cavité, *c'*) petite cavité. (*Gaupp*.)

Cela nous mènerait trop loin de discuter ici toute la question de la syringomyélie et de ses rapports avec le gliome cavitaire; les différences qu'on invoque pour différencier les deux processus sont bien

subtiles et souvent ce qu'un auteur prend pour un gliome est de la syringomyélie pour un autre et vice-versa.

Ajoutons seulement que la coexistence de gliomes indiscutables avec de la syringomyélie non moins nette est assez fréquente. Il est donc bien probable que les deux processus sont en relations intimes entre eux et que le gliome est provoqué aussi bien que la syringomyélie par des anomalies du développement embryonnaire de la moëlle.

La tumeur intrarachidienne la plus fréquente est le *sarcome*, qui siège principalement dans les méninges, plus rarement dans la moëlle elle-même.

Schlesinger adopte la classification suivante du sarcome intrarachidien :

1. Le *sarcome solitaire*, qui peut être *médullaire* ou *méningé*, (v. radiculaire) ; ce dernier peut rester méningé jusqu'à la fin, ou bien envahir secondairement la moëlle.

2. La *sarcomatose multiple*, qui, le plus souvent, est en même temps intracranienne et intrarachidienne. La sarcomatose multiple est ou bien *a*) médullaire et méningée en même temps, ou bien *b*) exclusivement méningée. La première est ou bien exclusivement *nodulaire* ou bien *diffuse* dans les méninges, nodulaire dans la moëlle; la deuxième est le plus souvent diffuse, mais parfois aussi nodulaire.

Les *sarcomes solitaires* de la moëlle (sans envahissement des méninges) sont des tumeurs peu fréquentes. Si on exclut de ce groupe les gliosarcomes, qui sont en réalité des gliomes, et les endothéliomes, décrits sous le nom de sarcomes, il n'en restera qu'une vingtaine dans la littérature.

Ils sont généralement bien délimités, parfois même entourés d'une capsule; leur forme est ronde, ovalaire ou même cylindrique. Leurs dimensions ne sont généralement pas grandes. Schlesinger et avant lui encore Forster et Glaser ont observé des cas dans lesquels des tumeurs solitaires, diagnostiquées comme sarcomes étaient très grandes, envahissaient la moëlle dans presque toute sa longueur; dans tous ces cas il y avait en même temps de la syringomyélie. Schlesinger croit pouvoir expliquer la présence de la syringomyélie par des hémorragies, tandis que Borst donne une explication qui nous semble beaucoup plus vraisemblable. Il croit que ces prétendus sarcomes étaient des *gliomes* (*gliosarcomes*), qui coexistaient avec la syringomyélie, comme ça se voit assez fréquemment.

Schlesinger, qui a étudié toutes les descriptions de sarcomes solitaires de la moëlle publiés jusqu'à 1898, trouve que les parties les plus rapprochées du cerveau sont plus fréquemment le siège du sarcome solitaire que les autres. En fait de métastases dans les organes plus ou moins éloignés de la moëlle, le sarcome solitaire de cet organe n'en provoque généralement pas.

Comme formes histologiques, on y rencontre aussi bien la variété fusocellulaire que la variété globocellulaire.

Contrairement à la moëlle, les méninges et les racines des nerfs rachidiens sont fréquemment le siège de sarcomes solitaires (fig. 7 et 8), qui adoptent ici la même forme et sont aussi nettement délimités que dans la moëlle; souvent aussi ils sont pédiculés. La moëlle n'est généralement que comprimée par la tumeur qui siège dans une cannelure du cylindre médullaire.

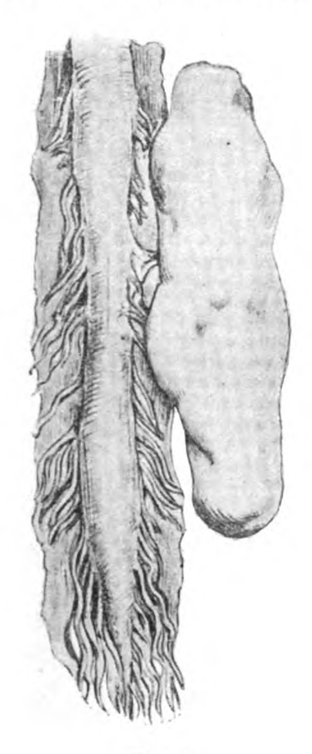


Fig. 7

Sarcome intradural à petites cellules, d'origine radiculaire. (*Schlesinger.*)

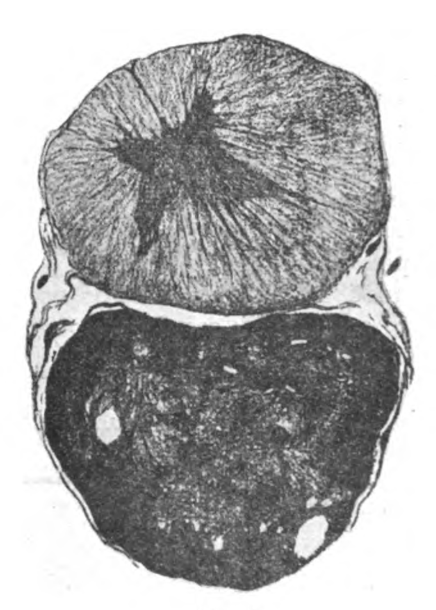


Fig. 8

Sarcome des méninges. Coupe transversale de la moelle dorso-lombaire. La tumeur refoule et comprime la partie postérieure de la moelle. (*Achard* et *Loeper.*)

Toutes les trois *méninges* peuvent être le point de départ de la prolifération néoplasique.

Le sarcome de la dure-mère est souvent extra-dural ; parfois il traverse un trou intervertébral et se continue en dehors du canal rachidien. Mais, d'autre part, un sarcome extrarachidien peut s'insinuer par un trou intervertébral dans le canal et continuer à proliférer entre l'os et la dure-mère. L'image anatomique sera dans les deux cas la même et il ne sera pas aisé de reconnaître, quel a été le point de départ de la tumeur. Le volume relatif des deux parties ne peut pas

donner de points d'appui pour le diagnostic, puisque la partie extrarachidienne peut être même très volumineuse, tout en étant la continuation d'une très petite tumeur intrarachidienne.

Ce n'est que par une étude très minutieuse de chaque cas particulier, spécialement des relations des masses néoplasiques avec la dure-mère d'un côté et avec les tissus extrarachidiens de l'autre, qu'on peut arriver à reconnaître le point de départ, et encore pas toujours.

La *structure histologique* des sarcomes solitaires des méninges est la même que celles des sarcomes solitaires de la moëlle, sauf que le sarcome fusocellulaire des méninges est souvent une *fibrosarcome*.

Les métamorphoses régressives sont très fréquentes dans ces sarcomes solitaires: l'œdème provoque un ramollissement, de même que la dégénérescence muqueuse (sarcome myxomateux). On y rencontre aussi de la dégénérescence hyaline des vaisseaux et de la calcification. Les sarcomes globocellulaires sont plus malins que les fusocellulaires; ils ont une croissance plus rapide, envahissent parfois la moëlle et peuvent même donner des métastases dans les organes extrarachidiens.

Comme nous l'avons déjà dit en reproduisant la classification de *Schlesinger*, la *sarcomatose multiple* peut être *nodulaire* ou *diffuse;* elle peut envahir exclusivement les méninges ou bien s'étendre aussi à la moëlle. Très souvent l'encéphale est entrepris en même temps que le contenu du canal rachidien.

L'infiltration sarcomateuse des méninges atteint principalement leur face dorsale; de là elle s'étend sur les côtés, mais rarement elle atteint la face ventrale. Sur des coupes transversales, on voit donc le plus souvent un croissant de tissu néoplasique, gris ou gris rougeâtre atteignant jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur au milieu et devenant sur les côtés, de plus en plus mince. Si tout le pourtour est infiltré, la couche néoplasique à la face ventrale est presque toujours plus mince qu'à la face dorsale. La pie père disparaît complètement dans la masse néoplasique; l'arachnoïde est le plus souvent libre, quoique, parfois, elle aussi est infiltrée. Quant à la dure-mère, elle n'adhère que par places à la tumeur et l'infiltration néoplasique, si elle s'étend jusque dans la dure-mère, elle y reste limitée aux points d'adhérence.

Le quart, la moitié, parfois même tout le cylindre médullaire est englobé dans la masse néoplasique, qui parfois se divise en plusieurs tronçons indépendants l'un de l'autre.

A cette infiltration diffuse, s'adjoignent, dans certains cas, des nodules plats de différente grandeur, qui confluent souvent entre eux.

Plus il y a de nodules et moins d'infiltration, plus nous nous rapprochons du second type de la sarcomatose multiple, du *sarcome nodulaire,* dans lequel la pie-mère, les racines des nerfs sont le siège de tumeurs lobulées, plus ou moins irrégulières, atteignant parfois le

volume d'un cérise, grises ou gris-rougeatres comme les masses néoplasiques de l'infiltration sarcomateuse.

Quant à la moëlle, elle reste dans beaucoup de cas indemne, elle ne contient ni infiltrations, ni nodules néoplasiques et même parfois, malgré la compression, on n'y trouve pas de dégénérescences secondaires.. Si elle est envahie par la tumeur, c'est souvent le long des vaisseaux et des travées conjonctives qui pénètrent de la pie-mère, que l'infiltration a lieu. Le plus souvent cette infiltration ne dépasse pas les parties périphériques de la moëlle. Mais on a aussi observé des cas, où la destruction de la substance nerveuse était très prononcée. Dans d'autres cas, au lieu d'une infiltration, ce sont des nodules néoplasiques qui se développent dans la moëlle; ces nodules affectent principalement la région du canal central, ce qui s'explique par sa grande vascularisation et sa richesse en espaces lymphatiques. Dans une série de cas de sarcomatose multiple de la moëlle et des méninges, on a observé la présence d'un noyau néoplasique beaucoup plus grand que les autres, qui siègent, ou bien dans la moëlle, ou bien dans le cerveau, ou bien enfin en dehors du système nerveux central.

Schlagenhaufer émet l'hypothèse que dans ces cas ce n'est pas à une sarcomatose vraiment primitive multiple qu'on a affaire, mais à une invasion *secondaire, métastatique,* émanent d'un *noyau primitif unique*. Borst partage cette opinion, en faveur de laquelle plaident particulièrement des cas comme l'observation n° 32 de Schlesinger et le cas de Müller. Chez Schlesinger le *noyau primitif* siégeait dans la *glande pituitaire* et l'invasion des méninges médullaires était diffuse; dans le cas de Müller le sarcome primitif se trouvait dans le *rein et* les métastases multiples nodulaires étaient disséminées dans les méninges Une d'elles envahissait aussi la substance de la moëlle; outre le canal rachidien, le cœur, le mésentère et le ceveau contenaient aussi des métastases.

A l'xamen microscopique des sarcomes multiples, on constate que la *forme globocellulaire* est la plus fréquente. Schlagenhaufer insiste sur les petites *dimensions des cellules*, qu'il compare aux cellules de la couche granuleuse de l'écorce cérébelleuse. Plus rare est la forme fusocellulaire. La vascularisation des tumeurs est variable; quelquefois elle est énorme, les tumeurs sont angiomateuses. Il semble que bien des fois des *endothéliomes*, souvent *cylindromateux*, ont été décrits sous le nom de sacomatose de la moëlle; c'est que la forme néoplasique, dénommée endothéliome, n'est connue comme telle que depuis peu et que certains auteurs ne voient encore aujourd'hui dans l'endothéliome qu'une variété du sarcome.

Des endothéliomes des méninges et de la moëlle ont aussi été décrits sous le nom de *carcinomes*. La plupart des tumeurs primitives des méninges à structure alvéolaire que les auteurs plus anciens dénommaient carcinomes, sont, sans aucun doute, des endothéliomes.

L'épithéliome vrai des méninges est *extrêmement rare;* nous en reparlerons encore plus tard.

Rectifier tous ces diagnostics erronnés de sarcome et de carcinome serait une tâche bien ingrate, souvent même impossible; nous ne l'essayerons pas et nous ne prendrons en considération ici que les endothéliomes qui ont été décrits comme tels par les auteurs.

Les *endothéliomes* se développent aussi bien des cellules endothéliales des fentes et des vaisseaux lymphatiques des méninges, que des cellules endo- et périthéliales des vaisseaux sanguins méningés et médullaires. La variété de structure des endothéliomes, est en conséquencs très grande: on décrit des tumeurs *alvéolaires* et *fasciculaires,* des *périthéliomes,* caractérisés par leurs gaînes cellulaires périvasculaires, des endothéliomes *intravasculaires,* etc. La *dégénérescence hyaline* des parois vasculaires donne lieu à la métamorphose de ces tumeurs en *cylindromes,* la *stratification concentrique* des cellules avec *calcification* donne naissance au *psammome.*

Les endothéliomes sont des tumeurs principalement *méningées* (mais rarement extradurales), qui forment des *noyaux* nettement délimités, assez grands et généralement solitaires (fig. 9), ou bien des *infiltrations diffuses;* enfin parfois ils apparaissent sous forme de petits noyaux plats et multiples. Des métastases en dehors du système nerveux n'ont pas été observées, mais un envahissement de la moëlle elle-même s'observe parfois.

L'*endothéliome diffus* des méninges de la moëlle est parfois connexe à l'endothéliome diffus des méninges cérébrales, comme le sarcome diffus.

Un cas très particulier a été décrit par Nonne. A l'autopsie d'un malade, on trouve des lésions de *méningite chronique:* faible épaississement et trouble de lá pie-mère. Au microscope on reconnut que ect aspect était dû, non à une inflammation, mais à une *prolifération néoplasique* de l'endothélium des espaces lymphatiques périvasculaires.

Nous avons dit plus haut que la dégénérescence *hyaline* des vaisseaux dans les endothéliomes produit les images du *cylindrome,* dénomination que nous devons à Billroth. Ce célèbre chirurgien a réuni, sous ce nom, toutes les tumeurs qui ont une tendance marquée à la dégénérescenc hyaline et dans lesquelles les produits hyalins apparaissent sous forme de boules, massues, etc., tandis que les cellules forment des amas cylindriques dans les interstices des masses hyalines.

Mais, depuis, l'oncologie a fait des progrès et on a constaté que: 1° les tumeurs qu'on désignait sous le nom de cylindromes appartiennent à des groupes très différents de tumeurs. Les unes sont des sarcomes, les autres des carcinomes et, enfin d'autres encore, les plus nombreuses, des endothéliomes et 2° la ressemblance de ces différentes tumeurs « hyalines » n'était que superficielle, qu'il n'y avait donc

pas lieu de maintenir le nom générique de cylindrome, mais qu'on devrait plutôt parler de sarcomes, carcinomes et endothéliomes cylindromateux. Pour l'organe qui nous occupe en ce moment, la moëlle épinière et ses enveloppes, il n'y a pas à discuter la question du carcinome cylindromateux, il n' y a pas été observé jusqu'à présent. Ce qui, comme tumeur cylindromateuse, s'observe dans le canal rachidien, c'est le sarcome cylindromateux et, avant tout, l'endothéliome cylindromateux. Dans le sarcome, principalement le sarcome globocellulaire des méninges, les parois des vaisseaux subis-



FIG. 9
Endothéliome de la face interne de la dure-mère. Pièce du musée pathologique de Vienne.

sent fréquemment la dégénérescence hyaline, aussi bien que le stroma conjonctif. Les masses hyalines gonflent et compriment le parenchyme cellulaire qui apparaît sous forme d'îlots isolés s'il est coupé transversalement, et de cylindres, si la coupe est longitudinale, parmi les boules et les massuses de substance hyaline.

Mais, dans le sarcome, la dégénérescence hyaline n'est pas une conséquence du caractère même de la tumeur, au contraire, elle est accidentelle et n'entreprend qu'une partie de la tumeur, le restant conserve sa structure ordinaire. Toute autre est la cylindromatose de l'endothéliome. La production de masses hyalines dans cette variété de l'endothéliome est, en quelque sorte, une *propriété spécifique*, une tendance inhérente; finalement et fatalement toutes les parois vasculaires de la tumeur, ou bien tout le parenchyme, ou bien les deux à la fois doivent subir la dégénérescence hyaline.

Dans le canal rachidien, on n'a pas encore vu d'endothéliomes cylindromateux provenant de la métamorphose hyaline du parenchyme; c'est toujours le *stroma vascularisé* qui devient hyalin. Dans l'endothéliome intravasculaire, les masses hyalines entourent un cylindre central de cellules (parenchyme); dans le périthéliome, c'est le contraire: le vaisseau hyalinisé forme un cylindre central entouré d'une gaîne, d'un mateau de cellules périthéliales. Enfin, si c'est dans un lymphangioendothéliome qu'a lieu la métamorphose, c'est le tissu conjonctif entre les fentes lymphatiques bourrées de cellules néoplasiques qui subit la métamorphose hyaline. Les cas de Ganguillet (endothéliome cylindromateux intradural dans la partie lombaire chez une fillette de 12 ans), de Gaupp (endothéliome cylindromateux du cône), de Cramer (cylindromes multiples de la piemère), de Dusenberg (tumeur intramédullaire chez un vieillard de 75 ans), d'Orlowsky, d'Ewald, etc., sont des exemples typiques de métamorphose cylindromateuse d'endothéliomes intrarachidiens.

Différentes tumeurs subissent aussi *l'infiltration calcaire*; partout où il y a dégénérescence et nécrose, peuvent se produire des dépôts calcaires. Mais généralement ces dépôts forment des masses plus ou moins irrégulières. Des masses calcaires de forme régulière, arrondies, se rencontrent le plus souvent dans le sarcome, le gliome et l'endothéliome. Dans ces derniers, elles sont très typiques. On a nommé toutes les tumeurs qui contiennent des grains calcaires, *psammomes;* mais, de même, que pour le cylindrome, il vaudrait mieux pour le psammome également de ne pas en faire un nom générique et de parler de *sarcome, gliome et endothéliome psammomateux.*

L'endothéliome psammomateux du canal rachidien (fig. 10 et 11), naît presque toujours dans la dure-mère, rarement dans l'arachnoïde, et la substance nerveuse n'est jamais envahie par cette tumeur, qui est toujours bien délimitée, quelquefois pédiculée, de forme globeuse ou ovalaire et généralement petite. Sa structure est alvéolaire; le parenchyme se compose de cellules plus ou moins allongées, à gros noyaux, et produisant généralement une quantité plus ou moins notable de substance intercellulaire; les cellules ont une orientation fasciculaire, mais, au milieu des faisceau, on voit, en quantité plus ou moins abondante, des *globes,* qui ont une certaine ressemblance

avec les globes épidermiques des cancers pavimenteux de la peau. Le centre du globe est constitué par une cellule ronde; autour d'elle d'autres cellules recourbées en croissants et aplaties se superposent en couches concentriques plus ou moins nombreuses. Entre ces cellules concentriques, une substance hyaline s'infiltre; cette substance comprime les cellules qui s'atrophient au fur et à mesure que la quantité de substance hyaline augmente. Enfin, toutes les cellules disparaissent, remplacées par la masse hyaline, qui, à son tour, s'imprègne peu à peu de *sels calcaires*. Cette calcification progresse de la périphérie au centre et transforme les globes en grains durs,



FIG. 10

Endothéliome psammomateux de la dure mère spinale. (*Schlesinger*.)



FIG. 11

4 coupes transversales de la moelle et de la tumeur, représentés fig. 10; elles caractérisent les dimensions relatives et la forme de la moelle et de la tumeur.

pareils à des grains de sable, d'où le nom de psammome. Outre ces grains plus ou moins réguliers, les tumeurs contiennent encore des masses calcaires, provenant de la hyalinisation et de l'imprégnation calcaire consécutive du stroma et des parois vasculaires.

Cornil et Ranvier ont étudié ces tumeurs psammomateuses et les ont dénommées *sarcomes angiolithiques*, sarcomes parce qu'ils n'ont pas tenu compte de la génèse endothéliale du parenchyme, angiolithiques parce que ces auteurs croyaient que les globes calcaires étaient des bourgeons vasculaires dégénérés.

Pour terminer le chapitre des psammomes, ajoutons encore que ces tumeurs se rencontrent le plus souvent à l'intumescence cervicale de

la moëlle, à sa surface dorsale ou latérale, rarement à sa face ventrale. Elles ne donnent pas de métastases, de même que tous les endothéliomes intrarachidiens en général.

Le *mélanome* ou *chromatophorome (mélanosarcome* des anciens auteurs), qui est le produit de la prolifération néoplasique des cellules pigmentaires (chromatophores), se rencontre le plus souvent dans la peau et dans l'œil, mais il peut de même se développer dans les méninges, qui contiennent aussi des chromatophores. Les cas de mélanome des méninges sont très rares et beaucoup d'auteurs doutent de la possibilité du développement primitif du mélanome dans les*méninges;* ils prétendent qu'il s'agit de métastases de mélanomes dermiques ou intraoculaires. Mais plusieurs cas bien observés semblent prouver la possibilité d'une évolution primitive de mélanomes dans les méninges. Dans le cas de Virchow, par exemple, chez un homme de 39 ans, tout le long de la moëlle, la pie-mère était infiltrée d'une masse noirâtre, dans laquelle des nodules plats se dessinaient très nettement. La moëlle était indemne; il n'y avait pas même de signes de compression. Les nerfs de la queue de cheval, de même que la pie-mère de l'encéphale, contenaient aussi des noyaux noirâtres. Pas le moindre indice d'une tumeur pigmentée en aucun autre point de l'organisme.

Störk et Sternberg, dans leurs cas, n'ont de même pas vu le moindre indice de mélanomes en dehors des méninges.

Le parenchyme des mélanomes est composé de *chromatophores* qui sont disposés de la même façon que les cellules du sarcome fusicellulaire ou alvéolaire. Des mélanomes indubitablement secondaires ont aussi été observés dans la moëlle et les méninges, ce qui n'est pas étonnant, vu la grande malignité des mélanomes.

Les *tumeurs épithéliales* pures ne se rencontrent pas dans le canal rachidien. Mais dans les *tumeurs complexes,* presque toujours associées à des malformations du canal rachidien et de son contenu, l'épithélium ectodermal prend une part active à la prolifération néoplasique.

Ainsi, Muscatello trouva dans la fente rachidienne thoracique de son cas un *dermoïde* et dans une autre fente, sacrale, chez le même sujet, un *épidermoïde cholestéatomateux,* c'est-à-dire contenant des amas globuleux de *cholestérine.* Dans le cas d'Arnold avec malformation de toute la partie inférieure de la colonne vertébrale et de la moëlle, on a vu toute une masse de petites tumeurs, composées de tissu adipeux, chondromateux, musculaire, nerveux, gliomateux et adénomateux.

Nous ne pouvons pas entrer ici dans la discussion de la genèse des tumeurs complexes ou tératomes, et des dermoïdes et épidermoïdes qui se développent sur des malformations embryonnaires; nous nous contenterons de faire remarquer que leur connexion avec la *spina bifida* n'est pas constante, qu'elles peuvent aussi se déve-

lopper dans la région lumbo-sacrale indépendamment des fissures rachidiennes.

Jusqu'ici nous nous sommes occupé de *tumeurs primitives* de la moëlle et des méninges. Il nous restent encore des *métastases intrarachidiennes* des tumeurs des autres organes. En général on peut dire qu'elles sont rares. Gallaverdin et Varney ont compulsé dans la litérature tout ce qui concerne les métastases cérébrales et médullaires des tumeurs malignes. Ils ont trouvé en tout 68 cas. Dans 63 les métastases étaient disséminées dans différents organes et entre autres aussi dans le système nerveux central, dans 5 exclusivement dans ce dernier. La *moëlle* n'était entreprise que *6 fois,* dont 2 en même temps que le cerveau. Depuis le travail de Gallaverdin et Varney on a encore publié une dizaine d'observations de métastases intrarachidiennes de tumeurs malignes de différents organes. Les plus fréquentes sont les *métastases intrarachidiennes* du cancer de la mamelle, puis celles des tumeurs du *poumon* et de *l'estomac*.

Plus fréquents que la vraie métastase est *l'envahissement secondaire* du canal rachidien par extension de tumeurs vertébrales ou, comme par exemple dans le cas que j'ai décrit avec M. le Dr Bregmann, par invasion d'une tumeur *(lymphosarcome du médiastin)* dans le canal à travers les orifices intervertébraux.

Nous avons terminé notre revue des formes de tumeurs qui se développent dans le canal rachidien; nous avons décrit leur aspect, leur structure microscopique et leur localisation dans les différentes parties de la moëlle et des méninges. C'est le moment maintenant de répondre à la question de la fréquence relative des différentes formes.

Pour répondre à cette question en n'invoquant que ses recherches personnelles, il faudrait disposer de matériaux très riches et compulsés bien uniformément. Or, comme vous le verrez tout à l'heure, les tumeurs intrarachidiennes sont très rares. J'ai pu en étudier 10 dans ma vie et je trouve que j'ai encore eu de la chance.

Schlesinger, de Vienne, est l'unique pathologiste qui a pu disposer de matériaux suffisants pour baser sa statistique sur des grands chiffres; il a eu à sa disposition les merveilleux matériaux du service des autopsies du *Allegemeines Krankenhaus de Vienne*, compulsés depuis 1880 jusqu'à 1897, sous la direction du professeur Kundrat et du professeur von Weichselbaum.

Nous nous baserons principalement sur les résultats de Schlesinger.

Schlesinger a trouvé que sur les 35,000 autopsies faites entre 1880 et 1897 à l'Institut pathologique de Vienne, il y avait 6,540 cas de tumeurs, donc 19 p.c.

Sur les 6,540 tumeurs, 151 siégeraient dans le *canal rachidien*. On trouve donc, d'après cette statistique, dans 0,43 p.c. des autopsies

en général des tumeurs intrarachidiennes et ces tumeurs forment 2,5 p.c. de toutes les tumeurs trouvées.

Mais Schlesinger a d'un côté inscrit parmi ses 151 cas toutes les tumeurs des vertèbres, de l'autre aussi, toutes les productions tuberculeuses et syphilitiques et les kystes parasitaires (*echinococcus, cysticercus*); et les tumeurs des vertèbres formaient le chiffre respectable de 107, plus que les deux tiers du chiffre global de 151. Si nous déduisons les tumeurs des vertèbres, il ne nous reste que 44 tumeurs, dont la genèse est vraiment intrarachidienne, soit 0,67 p.c. de toutes les tumeurs et le chiffre de 0,125 p.c. indiquerait la fréquence des tumeurs intra-rachidiennes pour les autopsiés de Vienne, les productions syphilitiques tuberculeuses et parasitaires incluses.

Si l'on déduisait aussi ces dernières, qui ne sont pas de vraies tumeurs et qui, d'après Schlesinger forment *le quart* des « tumeurs » intrarachidiennes, ces chiffres, déjà si petits, baisseraient encore sensiblement.

Mais nous ne croyons pas devoir faire cette dernière réduction ; ces pseudotumeurs contrebalencent l'erreur qui provient de ce que le canal rachidien n'est pas exploré dans toutes les autopsies, mais seulement dans des cas où le clinicien indique une suspicion de lésions intrarachidiennes. Il faut admettre qu'il a pu y avoir chez certains d'entre les 35,000 autopsiés de Vinne des tumeurs intrarachidiennes qui ont échappé parcequ'elles n'ont pas donné de symptômes pendant la vie et n'ont pas été cherchées après la mort. Si ces causes d'erreur font pécher la statistique de Schlesinger par manque d'exactitude, il n'en reste pas moins bien établi que les vraies tumeurs intrarachidiennes sont très rares — à peu près 44 sur 35,000 cadavres!

Passons maintenant à la localisation spéciale.

Sur les 44 tumeurs intrarachidiennes, 20 étaient *intramédullaires*, soit 45,2 p.c.; 24 étaient *extramédullaires*, soit 54,8 p.c.

Parmi les 24 tumeurs extramédullaires 4 (9,2 p.c.) pénétraient du dehors dans l'espace sousdurale; 11 (25,1 p.c.) évoluaient dans la dure-mère; 1 (2,3 p.c.) dans l'arachnoïde; 2 (4,6 p.c.) dans les deux, sans qu'on puisse indiquer exactement le point de départ; 1 (2,3 p.c.) dans la pie-mère; 5 (11,3 p.c.) dans les racines nerveuses et la queue de cheval.

Donc, à peine un peu plus que la moitié des tumeurs intrarachidiennes sont extramédullaires; les autres sont intramédullaires. Cette constatation a une grande signification pratique, puisque ce ne sont que les tumeurs extramédullaires qui peuvent être susceptibles d'une extirpation. Mais on ne peut pas encore conclure directement que plus que la moitié des tumeurs intrarachidiennes sont opérables. D'après les statistiques, que Schlessinger établit sur 142 tumeurs méningées décrites dans la litérature, 101 seulement d'entre elles étaient solitaires, les autres (41) multiples ou diffuses. Il faut donc

réduire la quantité de tumeurs intrarachidiennes opérables à un tiers de toutes les tumeurs intrarachidiennes. Mais ce n'est pas tout. Les tumeurs opérables au point de vue théorique, ne le sont pas toujours pour le praticien, qui doit tenir compte non seulement de l'accessibilité, mais aussi de l'état général du malade, des chances de soulagement que peut produire l'extirpation et de tant d'autres circonstances encore. Si nous ajoutons, *last not least*, que le diagnostic des tumeurs intrarachidiennes est bien difficile, que la localisation intra- ou extra-médullaire ne peut pas être toujours exactement établie et que l'intervention chirurgicale est ici très dangereuse par ellemême, vous admettrez bien avec nous que ce n'est que dans un très petit nombre de cas qu'on peut se décider à intervenir.

Malgré les grands progrès de la chirurgie intrarachidienne, très peu de malades atteints de tumeurs intrarachidiennes, peuvent en profiter, moins encore, beaucoup moins, être soulagés.

Involontairement nous avons été entraînés dans le domaine clinique. Empressons-nous d'en sortir pour revenir à notre sujet spécial.

Les localisations les plus fréquentes des tumeurs intramédullaires sont les deux intumescences, cervicale et lombaire; dans la partie thoracique, elles sont plus rares tandis que les tumeurs intrarachidiennes extramédullaires sont les plus fréquentes dans la partie thoracique. Cette conclusion se dégage aussi bien des statistiques de Schlesinger que de celles d'Oustaniol, mais il ne faut pas oublier que les deux auteurs ont compté les gommes et les tubercules parmi les tumeurs.

Pour donner une idée approximative de la fréquence relative des différents types de tumeurs intrarachidiennes, nous empruntons les chiffres suivants aux statistiques de Schlesinger, basées sur les cas décrits dans la littérature.

Schlesinger a compulsé 400 cas, dont 146 gommes, tubercules et kystes parasitaires, que nous devons exclure.

Il nous reste donc 254 tumeurs vraies; 30 d'entre elles n'ont pas été diagnostiquées exactement, nous sommes donc forcés de réduire encore ce chiffre à 224 cas, sur lesquels nous pourrons baser nos appréciations.

Sur les 224 tumeurs, 107 étaient des sarcomes, 33 des fibromes, 20 des gliomes, 18 des psammomes, 11 des myxomes, 11 des lipomes, 7 des gliosarcomes, 6 des endothéliomes, 4 des neuromes, 4 des mélanomes, 2 des lymphangiomes et 1 un cholestéatome.

Parmi les 107 sarcomes 14 étaient exclusivement intramédullaires, 9 médullaires et méningés en même temps et 84 purement extramédullaires. Sur les 33 fibromes, il y en avait 2 qui envahissaient en même temps et les méninges et la moëlle; 31 étaient extramédullaires.

Tous les 20 gliomes et les 4 neuromes étaient intramédullaires,

tandis que les 18 psammomes, les 11 myxomes et les 2 lymphangiomes se trouvaient dans les méninges. Un lipome était intramédullaire les 10 autres extramédullaires.

Tous les endothéliomes étaient méningés. Sur 4 mélanomes il n'y en avait qu'un qui était purement méningé.

Pour la question de l'âge et du sexe, les statistiques permettent les conclusions suivantes.

Le fibrome solitaire est une tumeur de l'âge mûr; plus des deux tiers des malades atteints de fibrome solitaire avaient dépassé 30 ans. Le fibrome multiple est au contraire une maladie des jeunes. Il n'y a pas de prépondérance d'un sexe sur l'autre, tandis que le myxome atteint presqu'exclusivement les hommes d'âge mûr. Le lipome atteint de préférence les petits enfants. Les gliomes et les gliosarcomes s'attaquent plus souvent aux hommes qu'aux femms et se développent principalement entre la vingtième et la quarantième année de la vie, à l'exception du gliosarcome à métastases qui n'a été trouvé que chez les petits enfants.

Le psammome est plus fréquent chez la femme; on ne le voit que chez les gens âgés.

Le sarcome solitaire de la moelle épargne les personnes d'âge moyen et se développe de préférnce chez les enfants et chez les vieillards, tandis que la sarcomatose diffuse est parfois innée, fréquente chez les enfants, plus rare chez les adultes et ne se développe plus la quarantaine passée. Ici encore la femme est atteinte de préférence.

Pour les autres formes de tumeurs la quantité d'observations est encore trop petite pour que les données statistiques puissent présenter une valeur sérieuse.

Nous abordons maintenant la partie de notre sujet où les suppositions, les appréciations, etc., dominent; c'est la question de l'étiologie.

Les uns prétendent que les tumeurs en général se développent sous l'influence d'une infection, qu'elles sont d'origine parasitaire, d'autres n'y voient que des processus cellulaires: des anomalies d'embryogénèse, des troubles dans l'équilibre biologique, entre les différents tissus et beaucoup d'autres hypothèses sont invoquées.

Mais aucune n'est étayée par des faits décisifs. Nous ne connaissons pas l'étiologie des tumeurs et si nous parlons ici d'étiologie, ce n'est pas pour répondre directement à cette question si poignante des causes, mais uniquement pour indiquer quelques circonstances, qui, d'après les données cliniques, peuvent être en rapport causal avec l'apparition des tumeurs intrarachidiennes.

Comme pour toutes les tumeurs en général, il faut faire valoir aussi pour les tumeurs intrarachidiennes le rôle étiologique du traumatisme. Pour les tumeurs épithéliales, c'est principalement le traumatisme chronique, des lésions faibles, mais souvent répétées ou continues qu'on invoque, tandis que pour les autres tumeurs, non épithé-

liales, c'est le traumatisme aigu qui semble pouvoir les provoquer.

Les tumeurs intrarachidiennes appartiennent presque exclusivement à la catégorie de tumeurs non épithéliales et dans l'histoire des malades atteints de ces tumeurs on trouve souvent mention d'un traumatisme. Mais le *post hoc* est-il aussi un *propter hoc?*. Avant tout il faut exclure toutes les observations dans lesquelles les premiers symptômes d'une tumeur n'apparurent que tard après le traumatisme invoqué. Seuls les cas où ces symptômes commencèrent à se développer presque immédiatement après le traumatisme, peuvent plaider en faveur d'un lien causal. Et encore, est-ce un brusque accroissement d'une tumeur préexistente ou bien une naissance de tumeur provoquée par le traumatisme? Nous n'en savons rien. Les deux possibilités sont à envisager, sans qu'une solution puisse intervenir.

On a aussi remarqué que les premiers symptomes d'une tumeur intrarachidienne apparaissent parfois au cours de la convalescence après une maladie infectieuse, ou même pendant l'évolution d'une maladie de ce genre.

Nous croyons qu'il faut assimiler le rôle de ces maladies à celui des traumatismes en général.

Beaucoup plus vague encore est la connexion causale qu'on croit avoir observé entre le choc psychique et des tumeurs intrarachidiennes. Il est plus que probable qu'on a affaire dans les cas de ce genre uniquement à une coïncidence fortuite.

Les anomalies de l'évolution embryonnaire semblent jouer un rôle plus évident. Il n'est pas douteux que l'évolution de certaines tumeurs coïncide systématiquement avec la présence de malformations de la colonne vertébrale, avec la *spina bifida,* les glioses, la syringomyélie et l'hydromyélie, etc. Le lien intime nous échappe, mais le fait est indubitable.

Nous devons le répéter en toute sincérité, nous ne savons rien de positif sur les causes, sur l'origine des néoplasies. Cette ignorance persiste, malgré tant d'efforts consacrés à dévoiler le mystère. C'est navrant, mais nous n'avons pas le droit de désespérer. Notre génération a commencé ses études médicales au moment, ou le mystère de l'étiologie de la tuberculose a été élucidé. Médecins déjà, nous avons assisté à tant de belles découvertes étiologiques que nous ne pouvons pas désespérer. Et les victoires thérapeutiques des derniers temps, la rage vainque, la diphtérie combattue avec succés, etc., celles-ci doivent nous encourager aussi à chercher le ou les remèdes vraiment efficaces contre les tumeurs, car l'opération, malgré tous les perfectionnements techniques, ne nous mène pas loin.

Par l'installation d'instituts anticancéreux, nous entrons dans une époque de travail éminemment intense sur la nature, les causes et le traitement des tumeurs. Espérons que des victoires et non des défaites nous attendent sur cette voie. Dans la médecine moderne le labo-

ratoire joue un rôle aussi éminent pour les questions thérapeutiques, que pour les questions étiologiques. C'est à lui que nous devons tous les traitements, vraiment spécifiques. Mais le laboratoire, pour fournir œuvre utile, doit être secondé par la clinique.

A Bruxelles, peut-être un peu plus tard que dans les autres capitales, la fondation d'un laboratoire anticancéreux est en voie de réalisation. J'ai eu l'honneur d'être désigné pour chef de ce laboratoire, c'est donc aussi *pro domo mea* que je plaide en terminant mon rapport par une exhortation à tous les cliniciens de seconder nos efforts de laboratoire, de nous fournir leurs précieux matériaux, observations et informations, de guider par leur expérience nos efforts vers le but commun, qui est le bien de l'humanité.

XVIIIe Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

DIJON, 3-10 AOÛT 1908

(Suite)

2) EXCITATION THYROIDIENNE

Pour la commodité du langage, je diviserai ces syndromes en deux classes, *syndromes de Basedow* classiques et *syndromes de la série basedowienne ou d'hyperthyroïdie.*

1) Les troubles psychiques des basedowiens

Basedow avait déjà noté l'instabilité des malades atteints de goître exophtalmique, leur irritabilité, le décousu de leurs idées.

En général, les basedowiens sont irascibles, ingrats, très exigents, difficiles à vivre; ils s'emportent au moindre retard et ne sont jamais satisfaits. Ils passent sans transition de la gaieté la plus enthousiaste à l'amertume et au découragement. Ils ont, au maximum, l'émotivité dite névropathique, se traduisant non seulement par une impressionnabilité, une inquiétude, une anxiété psychique des plus intenses, mais par des troubles du vago-sympathique, palpitations, étouffements, angoisse précordiale, bouffées de chaleur, crises de sueur et de diarrhée.

Ils ont une activité insolite, un besoin de déplacement, une mobilité, une instabilité qu'on ne leur connaissait pas avant leur maladie; une indéfinissable agitation les tourmente; ils ne tiennent pas en place et changent à tout instant de besogne. Ils parlent avec une volubilité singulière et s'excitent en parlant.

La nuit, ils ont de l'insomnie avec rêves et cauchemars, de l'onirisme, des hallucinations. Les accidents « hystériques » sont très fréquents.

Souvent les basedowiens ont une aversion subite pour leurs amis ou leurs parents.

L'instabilité d'idées est telle que Russel Reynold l'a appelée une « chorée des idées ». La mémoire est atteinte. Dans des cas atténués, les malades se sou-

viennent moins bien de ce qui s'est passé il y a quelque temps; les détails échappent, se confondent, s'embrouillent. Ce sont surtout les notions dont on se sert peu, les connaissances scientifiques, les mots d'une langue étrangère qui s'oublient les premiers. Dans les cas les plus accentués, les noms propres sont les premiers à faire défaut, puis les événements de la veille ou de l'avant-veille. Dans certains cas, Charcot, Westphal ont vu la mémoire si mauvaise que la lecture était impossible.

La volonté est rarement diminuée, mais très mobile.

Agitation, irritabilité de l'humeur, passant de la joie exubérante à la dépression profonde, intensité des réactions affectives disproportionnées à leurs causes, chorée des idées, perversion des sentiments affectifs, tels sont les caractères principaux de l'état psychique des basedowiens.

La nature thyroïdienne des modifications habituelles de l'état psychique des basedowiens ne paraît plus contestable.

Sa démonstration s'appuie sur une série de faits cliniques et expérimentaux.

Chez certains basedowiens traités par la thyroïde l'irritabilité s'accrût.

Il faut retenir de ces faits que l'intoxication thyroïdienne médicamenteuse peut donner naissance à des troubles psychiques qui revêtent la forme habituelle des psychoses d'intoxication, en un mot qu'il existe des *psychoses toxi-thyroïdiennes*. La ressemblance de ces psychoses toxi-thyroïdiennes expérimentales avec les troubles psychiques des basedowiens permet de penser que ceux-ci sont sous la dépendance d'une intoxication thyroïdienne.

On pourrait ranger les faits en trois groupes, selon qu'on retrouve dans les psychoses des *troubles mentaux de la même série que les nuances psychiques des basedowiens*, qu'au contraire les symptômes ont une *autonomie* bien nette ou qu'enfin il s'agit de *phénomènes hystériques.*

Il y a lieu de considérer deux cas dans les rapports qui existent entre le goître exophtalmique et l'hystérie.

1° L'hystérie précède le goître;

2° Elle lui est consécutive.

Dans le premier cas, certains auteurs, comme L. N. Robinson, Pader, considèrent le syndrome de Basedow comme une manifestation de l'hystérie. Pour le professeur Debove, sous l'influence d'un choc moral ou de la peur l'hystérie peut créer instantanément l'hyperthyroïdation; elle amène un trouble secrétoire comparable à la polyurie d'origine nerveuse.

Dans cete interprétation, le terme hystérie a une valeur explicative qu'il perd dans la conception de l'hystérie-syndrome, soutenue par M. Babinski et un groupe de neurologistes parmi lesquels je me range.

Dans le deuxième cas, on peut admettre que l'hystérie n'est plus la cause, mais l'effet et que l'intoxication thyroïdienne crée de toutes pièces une névrose toxique (Béclère) au même titre que l'intoxication saturnine par exemple.

Cette opinion est partagée par Régis. Lorsque, dit-il, les accidents hystériques ne dominent pas la scène, mais semblent, au contraire, accessoires, et lorsque, en même temps, les troubles psychiques surviennent par crises correspondant aux poussées basedowiennes, on doit les rapporter au goitre exophtalmique. Il me semble, en effet, ajoute-t-il, que c'est à la faveur du nervosisme produit par l'intoxication basedowienne qu'apparaissent occasionnellement chez ces malades les phénomènes hystériques.

Les psychoses basedowiennes, dit Régis, ont un aspect assez variable, car elles peuvent se présenter sous forme agitée, violente, sous forme déprimée avec délire exalté, exubérant, vaniteux ou, au contraire, du délire inquiet, mélancolique ou persécuté (Renaut).

Mais ce n'est là que l'apparence.

Au fond, fait remarquer Régis, il s'agit toujours d'un accès de *confusion mentale*, généralement aigu, se traduisant à la fois par de l'agitation ou par

des alternatives d'agitation et de dépression et par du délire hallucinatoire à type onirique très caractérisé.

Un exemple typique de cette forme est l'observation de Zalplachta où il existait simultanément troubles des perceptions, hallucinations, illusions, incohérence, désorientation, inconscience, logorrhée, agitation motrice, inquiétude.

Les éléments les plus fréquents de ce délire hallucinatoire sont des idées mystiques, érotiques, de persécution, de viol, de fausse grossesse, d'empoisonnement, des hallucinations contemplatives, extatiques, professionnelles, zoopsiques, terrifiantes, génitales.

Ces accès sont habituellement passagers, comme tous les accès de psychoses toxiques, et ils disparaissent au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Ce n'est que dans quelques cas rares qu'ils se prolongent, susceptibles alors de verser dans un délire chronique, plus ou moins faussement systématisé.

Ces psychoses basedowiennes de Régis ont la même sympomatologie que les psychoses toxi-thyroïdiennes. L'intoxication thyroïdienne, certaine chez celles-ci, est tout à fait probable chez celles-là.

La nature toxi-thyroïdienne de certains psychoses chez *certains* basedowiens n'est pas niable.

Elle est démontrée par l'effet sur les troubles psychiques en même temps que sur les symptômes basedowiens de la méthode de Ballet et Enriquez, reprise en Allemagne par Moebius et en France par Hallion.

Cependant il est dans de pareils résultats thérapeutiques une cause d'erreur qu'il ne faut jamais oublier, la suggestion.

La contre-épreuve est fournie par les psychoses produites par l'ingestion de thyroïde (Boinet, Ferrannini) que j'ai déjà citées.

On peut donc conclure que les *troubles psychiques élémentaires des basedowiens sont d'origine thyroïdienne* et que *certaines de leurs psychoses sont toxi-thyroïdiennes.*

2. LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES DE LA SÉRIE BASEDOWIENNE OU D'HYPERTHYROIDIE

A côté des basedowiens typiques, il est toute une série de malades qui ne présentent que quelques-uns des caractères du syndrome et qui néanmoins paraissent s'y rattacher par une série d'intermédiaires.

Les symptômes d'hyperthyroïdie y sont de plus en plus atténués depuis le syndrome de Basedow fruste au point qu'on peut n'y reconnaître qu'un signe de la série basedowienne.

Ce sont ces faits que je réunis dans ce groupe. On peut ainsi, avec L. Lévi et H. de Rothschild, décrire le *syndrome de Basedow fruste*, *l'hyperthyroïdie bénigne chronique*, *l'hyperthyroïdie minima* ou *tempérament hyperthyroïdien.*

1. *Basedow fruste.* — Ce terme, caractérisant des états variables, n'a pas une rigueur absolue. C'est un syndrome d'allure basedowiforme produit par l'hyperthyroïdie. Il se distingue des troubles nerveux communs par un nervosisme plus spécifié, composé de symptômes de la série basedowienne (tremblements, battements de cœur, éclat des yeux).

Richardson a observé six cas de syndrome de Basedow complet ou fruste compliqués de troubles mentaux allant depuis l'excitation simple jusqu'à la manie ou la mélancolie agitée. A ce propos il fait remarquer que le syndrome de Basedow, dans ses formes frustes. est plus souvent qu'on ne pense une cause d'aliénation mentale. Aussi convient-il de rechercher les formes frustes du goître exophtalmique chez les aliénés.

2. *Hyperthyroïdie bénigne chronique.* — Cette hyperthyroïdie peut être disséminée ou localisée, cardio-bulbaire.

Disséminée, elle consiste en quelques symptômes atténués de la série base-

dowienne, cou un peu fort, regard brillant, sourcils marqués, paupières pigmentées, sensation d'avoir toujours trop chaud, transpirations faciles des mains et des pieds, céphalée, caractère changeant, mauvaise humeur, impossibilité de rester en place, parfois des crises de larmes et même des crises de nerfs.

L'hyperthyroïdie cardio-bulbaire est bien connue. Elle consiste en palpitations, battements de cœur, tachycardie émotive, transpirations faciles, angoisse, crainte de mourir pouvant aller jusqu'à *l'anxiété paroxystique de Brissaud* et la ***névrose d'angoisse.***

3. *Hyperthyroïdie minima. — Tempérament hyperthyroïdin.* — Cette hyperthyroïdie minima peut être continue ou paroxystique.

Paroxystique, survenue à l'occasion d'une émotion, elle se confond avec le nervosisme léger, consistant en grand besoin de déplacement, agitation, sensation de chaleur, rapidité et force des émotions.

Quand elle est continue, les caractères anatomiques, fonctionnels et psychiques qui la constituent correspondent plus à un tempérament avec ses avantages et ses inconvénients qu'à un état morbide.

Dans des syndromes aussi mal délimités et dont les rapports avec l'hyperthyroïdie sont encore contestables, il ne peut être question que de chercher à établir un rapport de causalité entre leurs symptômes psychiques élémentaires et l'excitation thyroïdienne.

La démonstration de ce rapport s'appuie, d'une part, sur la quasi-constance de la coïncidence clinique à tel point que ces symptômes psychiques font partie intégrante des syndromes de la série basedowienne et, d'autre part, sur les résultats thérapeutiques, la sérothérapie par l'hémato-éthyroïdine, et même l'opothérapie thyroïdienne, malgré son apparence paradoxale, mais à très petite dose, paraissant avoir entraîné des modifications psychiques parallèles aux améliorations fonctionnelles.

3) PERTURBATIONS THYROIDIENNES COMPLEXES

Dans ce groupe, je passerai en revue les troubles psychiques observés dans les états rapportés par Léopold Lévi et H. de Rothschild à la dysthyroïdie, c'est-à-dire aux troubles de la thyroïde entraînant les symptômes aussi bien de la série myxœdémateuse que de la série basedowienne. On trouvera dans leur livre plusieurs observations suggestives de cette instabilité thyroïdienne qui jusqu'alors sont éparses dans la littérature médicale sous les étiquettes d'hystérie, de neurasthénie et de nervosisme.

En plus des ressemblances cliniques, ce sont les résultats remarquables souvent de l'opothérapie thyroïdienne qui permettent de réunir dans le même groupe des basedowiens frustes, avec palpitations, thermophobie, crampes, urticaire, qui retrouvent leur calme cérébral et une humeur égale après avoir usé de la thyroïde à la dose de 25 milligrammes par jour : des jeunes filles molles et apathiques, constipées, peureuses, très timides, très dormeuses, qui, aux époques menstruelles et sous l'influence d'émotions, sont prises d'excitations, font des scènes, poussent des cris, disent des injures et cassent les meubles : des séniles précoces, frileuses, anorexiques, constipées, fatiguées dès le matin et souffrant de douleurs articulaires et musculaires, qui, sous l'influense d'émotions ou des règles, sont prises de battements de cœur, de sensation de boule les étouffant et de pleurs ; des obèses enfin, avec hémorroïdes, froid aux pieds, signe du sourcil, rhumes faciles, asthénie nerveuse qui, prenant expérimentalement 0,03 centigrammes de thyroïde, deviennent actifs, excités, fournissant pendant la nuit suivante un travail cérébral intensif, sans tendance au sommeil, la mémoire redevenue facile et sûre, avec sensation subjective de fièvre.

On voit le double intérêt théorique et pratique qui s'attache à ces faits.

Intérêt théorique, car on pourrait voir là le début d'une étude pathogénique

des troubles nerveux fonctionnels qui ne forment encore qu'un chaos. Intérêt pratique, car l'opothérapie thyroïdienne agissant non seulement sur les troubles nerveux ressortissant à la série myxœdémateuse, mais aussi parfois, quand elle est donnée à très petite dose, sur les accidents paroxystiques nerveux ressortissant à la série basedowienne, il y a toute une série d'indications thérapeutiques qu'il faudra désormais discuter chez les « nerveux fonctionnels » avant d'en être réduit à la banale thérapeutique symptomatique.

RÉFLEXIONS

Marcel Garnier, constatant que les phénomènes d'hypothyroïdie et d'hyperthyroïdie ne correspondent pas toujours au défaut ou à l'exagération de la sécrétion colloïde, a admis l'hypothèse féconde de sécrétions thyroïdiennes multiples, dont les perturbations expliquent les myxœdèmes partiels de Brissaud.

Pour Garnier, la thyroïde, glande à sécrétion externe et à excrétion interne, est à elle-même son propre réservoir de colloïde. Mais à côté de la sécrétion colloïde, sécrétion externe, il faut admettre de vraies sécrétions internes dont les produits s'échappent directement dans le sang par le pôle sécrétoire. Ainsi la bouffissure des téguments et l'obésité, qui ne sont pas liées à la rétention de la colloïde, proviendraient d'un trouble de la véritable sécrétion interne.

Le myxœdème, terme clinique, n'est donc pas synonyme d'insuffisance thyroïdienne, terme de physiologie pathologique.

A plus forte raison le terme syndrome de Basedow n'est pas synonyme d'excitation thyroïdienne ; car tous les syndromes de Basedow ne paraissent pas au même titre être fonction d'excitation thyroïdienne et peut-être l'excitation thyroïdienne entraîne-t-elle des effets pathologiques en dehors de la série basedowienne.

Quoiqu'il en soit, les syndromes thyroïdiens sont dans deux conditions différentes en rapport avec les troubles psychiques.

D'une part, il est des troubles psychiques élémentaires qui font partie intégrante, les uns, du myxœdème, et, les autres, du syndrome de Basedow. La constance de ces troubles permet de dire qu'ils sont causés par les perturbations de la thyroïde. Pour eux donc la thèse que je soutiens me paraît démontrée.

D'autre part, il est des troubles psychiques complexes, des syndromes psychiques, des psychoses qui coexistent assez souvent avec les syndromes thyroïdiens. Cette coexistence, très rare chez les myxœdémateux, est plus fréquente chez les basedowiens. Chez ceux-ci cette coexistence peut s'expliquer tantôt par une simple coïncidence, tantôt par un terrain dégénératif du malade, également favorable à l'éclosion du syndrome basedowien et de la psychose ; mais dans certains cas il me paraît démontré par la clinique et l'opothérapie que la psychose est directement sous la dépendance du syndrome thyroïdien, qu'il s'agit d'une psychose toxi-thyroïdienne. La thyroïde agit donc sur la vie psychique, chez l'enfant, par son insuffisance, en arrêtant le développement cérébral, comme celui du reste de l'organisme — perturbation structurale — et chez l'adulte, par ses variations d'activité, en troublant la vie psychique — perturbation humorale.

Cette perturbation humorale spécifique, c'est-à-dire thyroïdienne, intoxiquant l'encéphale, produit, selon son intensité et la résistance cérébrale, soit des troubles élémentaires, soit des psychoses.

Les troubles psychiques élémentaires, surtout marqués dans les domaines affectifs et volontaires, sont en quelque sorte à l'opposé les uns des autres, selon qu'ils font partie de la série myxœdémateuse ou de la série basedowienne.

Les psychoses, dont les diverses modalités ne sont que l'exagération des troubles psychiques élémentaires, rentrent dans l'allure générale des psychoses toxiques, la confusion mentale. (*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique électrique
de l'artério-sclérose et de ses déterminations

par le D[r] O. Libotte

—

Rapport présenté au Congrès international d'Electrologie d'Amsterdam
septembre 1908

—

AVANT-PROPOS

Considérations générales sur l'artério-sclérose
et ses différents localisations

—

I. Artériosclérose

Définition. — L'artériosclérose est une transformation fibreuse des artères. Elle doit comprendre l'athérome des grosses artères, la sclérose des petites et des capillaires. Souvent les veines n'en sont point indemnes.

Géographie. — L'artériosclérose se produit le plus souvent par zônes et affecte quelques territoires plus spécialement. C'est ainsi que nous la rencontrons particulièrement à l'aorte, au cœur, au cerveau, aux reins, et à certaines artères périphériques.

Les artères qui en sont atteintes sont, comme le tronc cœliaque, parfois extra-viscérales.

Lésions. — L'artério-sclérose se propage par foyers isolés suivant les causes et le terrain plus au moins favorable. Ses lésions, dans les grosses artères, se caractérisent par des plaques gélatineuses des foyers blancs, grisâtres, rappelant la craie, par des plaques rigides et calcareuses, par des plaques chondroïdes ou osseuses.

Les petites artères offrent avant tout de l'épaississement fibreux en foyers ou en nappes diffuses.

La grosse artère est lésée dans ses trois couches, qui sont envahies par une prolifération de vasa vasorum avec hyperplasie cellulaire et dégénérescence des fibres élastiques et musculaires.

La tunique moyenne se transforme ainsi en une tunique fibreuse offrant les dégénérescences déjà citées.

Les artérioles viscérales présentent comme altération dominante la sclérose de l'endartère.

Les capillaires subissent une transformation fibrillaire anhyaline.

Cause. — L'artériosclérose naît de causes variées : microbiennes, toxiques et mécaniques.

Quel est son point de départ ? Est-ce une inflammation avec dégénérescence secondaire ou est-ce une dégénérescence suivie d'une réaction hyperplasique.

Ces phénomènes sont-ils précédés ou accompagnés d'un surmenage fonctionnel avec spasmes vasculaires et hypertension artérielle ?

Athérome. — L'athérome et l'artériosclérose relèvent des mêmes causes. Nous admettons que l'athérome n'est qu'une modalité de l'artériosclérose, comme l'endartérite chronique.

L'athérome tient probablement à la différence de structure des gros vaisseaux qui ont des vasa-vasorum.

Conséquences. — Par leurs lésions, les artères perdent leur élasticité et leur puissance contractile. Elles se dilatent jusqu'à la rupture ou elles se rétrécissent jusqu'à la thrombose.

En amont, le cœur s'hypertrophie pour vaincre ses nouvelles résistances et accomplir ses fonctions.

En aval, les tissus ne reçoivent plus aisément leur pabulum vitæ et ils s'atrophient.

La dilatation cardiaque, l'embolie, la gangrène, la mort subite par oblitération d'artères coronaires ou cérébrales sont d'autres conséquences que l'on conçoit.

Distinction des causes étiologiques. — L'artério-sclérose s'observe plus ou moins à un certain âge, soit à partir de 50 ans. Les nombreuses grossesses, la ménopause, le froid humide, le surmenage physique, les fautes contre l'hygiène alimentaire, celles qui entretiennent des troubles digistifs, l'usage abusif des mets avancés, épicés, de salaison, etc. ; les facteurs de l'arthritisme, les troubles de la dépuration urinaire et autres, les troubles nerveux, la névrose traumatique, le surmenage intellectuel, moral, les douleurs répétées ou d'une certain durée, telles sont les causes de l'artériosclérose, mais les plus puissantes sont les intoxications et les infections.

Pour diriger la thérapeutique électrique, il importe de bien étudier les causes étiologiques du cas que nous avons à définir, et ses troubles pathogéniques.

Nous avons aujourd'hui dans notre arsenal thérapeutique électrique des modalités dont on ne soupçonne point dans le public médical toute la portée, non seulement pour traiter les symptômes de cette affection, mais pour en attaquer le fond.

Pathogénie. — Dans la pathogénie de l'artério-sclérose, deux opinions ont cours et toutes deux sont ardemment soutenues par des esprits qui font autorité.

Pour ma part, j'estime que l'hypertension artérielle prolongée dé-

termine de l'artério-sclérose. J'estime que cette hypertension peut naître d'une affection nerveuse comme la névrose traumatique, comme elle peut reconnaître pour cause des obstacles mécaniques élevés sur le parcours du sang comme dans les expériences de laboratoire.

Généralement elle est due à des lésions créées dans les artères par les produits microbiens ou des déchets de nutrition. Je crois que dans la première période de l'artériosclérose l'hypertension peut se manifester avec peu ou prou de lésions.

Je crois que l'hypertension constitue alors une circonstance adjuvante pour leur développement, apportant par elle-même des diminutions d'apport nutritif aux cellules.

D'autre part, les poisons endogènes ou exogènes peuvent créer des endartérites sans hypertension et mener à l'artériosclérose elle-même.

Ces poisons suscitent le déversement dans le sang de produits glandulaires et ceux-ci ne sont pas tous hypertensifs.

Selon le surmenage particulier imprimé à nos organes nous assisterons aux déterminations rénales, céphalalgiques, médullaire, aortiques, cardiaques, mésentériques et périphériques.

Nous avons jusqu'ici déterminé la nature des lésions, leurs causes étiologiques et leurs mécanismes pathogéniques.

Symptômes. — Les besoins thérapeutiques poussent maintenant à déterminer les signes physiques et les troubles fonctionnels qui en résultent.

L'artériosclérose réveille des symptômes divers et variables selon les cas.

Le cœur sclérosé offrira parfois à l'auscultation des symptômes valvulaires dus soit au rétrécissement soit à l'insuffisance des orifices. A l'inspection, palpation ou percussion, il pourra étaler les signes d'une hypertrophie avec battements en masse. La matité sera augmentée en hauteur et en largeur. L'aorte, siège très fréquent des lésions d'artériosclérose, peut s'allonger et s'élargir. La dilation cylindroïde de sa partie ascendante détermine souvent une sensation douloureuse à la pression dans le second espace intercostal gauche. Elle accroît la matité en largeur.

Le pouls pris dans le décubitus ne varie guère dans la station verticale (Huchard).

L'aortite engendrera des pulsations exagérées dans les artères carotides et sous-clavières.

L'aorte, dans ses battements, se fera sentir derrière la fouchette du sternum, la sous-clavière au-dessus de la clavicule.

En cas d'aortite abdominale, l'aorte du ventre est douloureuse à la pression.

L'artère radiale souvent sera comparable à un tuyau de pipe, ou à la trachée d'un oiseau.

Le pouls sera dur, serré le plus souvent. Il pourra être inégal d'un côté à l'autre.

Son tracé sphygmographique est caractéristique : ligne ascendante brusque, un plateau comme sommet, une ligne de descente oblique et prolongée.

La tension artérielle mesure de 19 à 30 centimètres de mercure. Exceptionnellement elle descendra en-dessous de 15 centimètres. Les artères de la rétine sont épaissies, tortueuses et à taches grisâtres dans la moitié des cas. C'est un excellent symptôme pour faire un diagnostic précoce.

Troubles fonctionnels

Ceux-ci sont variables d'après leurs localisations, aussi dans leur apparition et leur évolution. Ils ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité des lésions ou leur chronicité. Ils sont plutôt individualisés selon les habitudes, le genre de vie, le tempéramment névropathique, la vulnérabilité des organes atteints. Ils dépendent aussi des conditions externes atmosphériques, d'usage de tabac, d'alcool, d'une émotion soudaine, d'efforts accomplis, d'une fatigue, d'un estomac embarrassé.

Toutes ces circonstances agissent en démontrant une insuffisance d'irrigation, une perte d'accommodation de circulation de l'organe troublé.

Ces troubles vaso-moteurs agissent dans le sens de l'ischémie et d'autres fois d'une vaso-dilatation (Pōtain).

Sclérose de l'aorte. — L'athérome aortique se caractérise par une sensation de griffe derrière le sternum.

L'aortite abdominale et la sclérose du tronc cœliaque se reconnaissent à des douleurs sus-ombilicales qui éclatent à la suite d'émotions, d'efforts, etc. Mais l'aorte peut donner naissance à des troubles variables avec les plaques adhérentes qu'elle pousse à l'origine des artères qui en naissent, selon leur oblitération plus ou moins avancée, selon les embollies qui s'en détachent pour suivre le chemin du cœur, du bras, du cerveau, de la rétine, du rein, de l'intestin, de la rate, ou d'une membre inférieur.

Il faut avoir présent à l'esprit le trouble vaso-moteur réflexe d'une congestion œdémateuse aiguë des poumons, que j'ai vu se reproduire pendant deux ans chez un même sujet, à des intervalles de plus en plus éloignés. Ce malade a succombé subitement un soir en rentrant de promenade.

L'artériosclérose des membres aboutit à des crampes, des fourmillements, des douleurs, à des sensations de froid, de doigt mort, à la claudication intermittente. On y constate généralement la suppression des battements artériels.

Tous ces symptômes sont quelquefois très-réduits pour ne donner lieu qu'à un accès ébauché.

Artères viscérales

Artériosclérose dans le système nerveux. — L'artériosclérose dans le système nerveux occasionne des troubles variés.

Avec l'oblitération par thrombose d'artères cérébrales survient du ramollissement. Il peut en résulter de l'hémiplégie, de l'aphasie, etc., du vertige, de la respiration de Cheyne-Stokes (ischémie bulbaire).

La claudication intermittente peut naître dans la moelle. Dans ce cas il y a persistance du pouls dans les artères des membres inférieurs.

Elle aboutit à une paraplégie spasmodique chronique avec le signe de Babinski.

Nous venons de voir la claudication de la moelle antérieure ; il y a la claudication de la moelle postérieure, qui se reconnaît par une constriction douloureuse thoracique simulant l'angine de poitrine, une crise gastralgique, ou une crise de paresthésie, d'anesthésie.

Signalons l'artériosclérose des voies labyrinthiques avec hypoacousie, bourdonnement d'oreille, vertige.

Signalons encore la neurasthénie avec l'hypertension chez des artérioscléreux.

Artériosclérose du myocarde. — Lorsque l'artério-sclérose frappe les artères coronaires, elle mine le myocarde, est la cause de sa distension, de son insuffisance, et amène l'angine de poitrine avec sa douleur angoissante rétro-sternale, irradiée dans l'épaule et le bras gauche le plus souvent avec sensation de mort imminente.

Artériosclérose des reins. — Le rein artérioscléreux est un affection aussi grave, exagérant l'hypertension artérielle, occasionnant un peu d'albuminurie, de la polyurie et de la pollakiurie nocturne souvent. L'urine est caractérisée par une diminution de densité et de toxicité.

Artériosclérose gastro-intestinale. — L'artériosclérose gastro-intestinale atteint les fonctions digestives.

L'anorexie, la dyspepsie, les crises gastralgiques, l'ulcère, l'hémorragie, la constipation, des symptômes rappelant le tableau de l'étranglement interne par suite de thrombose mésentérique, voilà une suite de symptômes inhérents à cette complication.

Hémorragies, suite d'artériosclérose. — Enfin par suite de l'hypertension ou du jeu troublé des vaso-moteurs, nous voyons souvent des hémorragies éclater partout : c'est l'épistaxis répété, parfois si abondant ; c'est l'hémoptysie, l'hématémèse, l'hémorragie rénale,

intestinale, rétinienne, cérébrale; c'est la rupture de l'aorte et du cœur lui-même.

Thérapeutique électrique de l'artériosclérose et de ses déterminations

But. — Prévenir, arrêter, supprimer les lésions, tel doit être le premier objectif de la vraie thérapeutique. Rétablir les fonctions menacées, prévenir et combattre les complications sera le but de la thérapeutique symptomatique.

Les lésions sont-elles régressives? — Pour opérer la régression des lésions artério-scléreuses, avons-nous dans l'arsenal de notre vieille thérapeutique des moyens efficaces? Nous devons à la vérité de déclarer l'inefficacité absolue de tous les efforts accomplis jusqu'aujourd'hui.

M. Huchard ne prétend guérir que l'hypertension qui, dans son opinion, précède toujours les lésions. Mais lorsque celles-ci existent, il n'y a aucune preuve démonstrative de régression.

Pouvons-nous trouver dans nos moyens électriques des raisons scientifiques et cliniques pour établir la supériorité de leur intervention?

Déclarons avant tout que, dans les cas avancés d'artério-sclérose, il ne s'agit que d'établir un traitement palliatif.

Nous verrons que dans ces cas encore nous pouvons avoir une confiance justifiée dans l'excellence de notre thérapeutique.

Supposons maintenant des cas d'artériosclérose où l'hygiène physique, morale, alimentaire, où la médication chimique a fait le moins de mal èt reste impuissante.

Justification de la haute fréquence. — Rappelons-nous que les infections, les intoxcations, que l'arthritisme acquis ou héréditaire sont généralement les causes de l'artériosclérose, créent des dispositions grandes à ses lésions; l'étude de la physiologie de la haute fréquence, les résultats cliniques de cette modalité nous ordonnent d'y avoir recours.

En 1905, dans un congrès précédent, je disais que la haute fréquence agissait non pas comme l'hydrothérapie en créant des réflexes dont la peau avec ses sensibilités était le point de départ, la moelle le point réflecteur et les fibres du grand sympathique surtout le second arc du réflexe.

J'ajoutais: représentons-nous bien ses propriétés physiques, sa grande tension, sa grande intensité, sa modalité alternative la plus pénétrante de toutes, sa décharge périodique, vibrante, son grand pouvoir d'induction, sa faculté de circuler à circuit ouvert, après cela pouvons-nous concevoir que des cellules vivantes, sièges de ces potentiels élevés, vibrant comme la modalité en action, puissent rester inertes. Mais cette inertie nous étonnerait.

Double action de la haute fréquence. — Son action est double: 1° elle est cellulaire, 2° elle impressionne les vaso-moteurs et plus exactement les vao-dilatateurs.

Ces millions de vibrations par seconde n'impressionnent pas notre sensibilité pas plus que les ondes sonores ou les ondes lumineuses extra serrées, extra courtes n'impressionnent nos sens, mais elles relèvent la maladie de la cellule qui souffre dans son assimilation, dans sa désassimilation; elles stimulent les cellules qui ont besoin d'un supplément d'excitation, auxquelles ne suffisent plus ni l'air, ni la lumière, ni le mouvement, ni la pression athmosphérique, ni le potentiel électrique cosmographique, ni l'oxygène, ni les excitations multiples de la surface cutanée.

Action cellulaire. — Cette action cellulaire est certaine; je rappelle à vos souvenirs les études physiologiques faites il y a plus de vingt ans déjà et que des analyses nouvelles et la clinique ont confirmées tous les jours.

Analyses. — Je vous rappelle les analyses démontrant à l'hémato-spectroscope l'activité plus grande du sang, à l'analyse des gaz de la respiration, l'augmentation du gaz CO_2 qui de 17 passe à 37 dans l'unité de temps, la perte en poids des animaux soumis à la haute fréquence, cette perte en grammes se doublait, se triplait.

Je vous rappelle les résultats d'analyses d'urine établissant une meilleure oxydation des éléments, une augmentation de ceux-ci, une élévation du coefficient urotoxique.

Résultats cliniques. — En clinique qui oserait nier la grande influence de la haute fréquence sur l'état général, sur le relèvement de l'appétit, de la digestion, qui niera son efficacité dans toutes les manifestations dérivant de l'arthritisme, alors que nous voyons depuis longtemps les nodosités articulaires, les arthralgies, les arthrites rhumatismales ou goutteuses, les multiples affections cutanées rétrocéder si facilement par les applications appropriées de cet agent.

Mais que d'excellentes applications n'avons-nous pas vu naître depuis quelques années.

Sans parler des cures connues et qui sont devenues classiques, je vois la haute fréquence favoriser l'évacuation de l'acide urique et des sables ou calculs biliaires. Que de services à cet égard n'est-elle pas appelée à nous rendre.

J'ai vu en ma clinique la fille d'un chirurgien des hôpitaux, atteinte depuis huit ans d'un eczéma généralisé avec accès d'asthme, se débarasser par la haute fréquence, et de son affection cutanée et de ses oppressions à la fois. La guérison se maintient depuis trois ans. Vous appréciez le bonheur de cette jeune fille de 23 ans, qui, avec de savants confrères, avait travaillé si longtemps et vainement à se guérir par tous les moyens classiques.

La haute fréquence a porté ici une action non seulement à la surface, mais une action profonde : elle a atteint ici la cause de l'affection qui était une tare arthritique.

J'ai guéri, il y a trois ans, des rhinites chroniques, ulcéreuses, fétides dont une remontait à quatorze ans, chez une femme de 46 ans.

J'ai guéri des catarrhes de la trompe d'Eustache rebelles aux moyens classiques.

J'ai vu chez moi disparaître pour ne plus reparaître des coccydinies, des périostites, des exostoses, des ténosites, que la perspective d'opération avait amené à nous.

Je conclus que cette modalité électrique est un modificateur puissant quand on sait le manier et que ses résultats cliniques sont souvent déconcertants.

Je conclus que son influence sur l'état local d'une affection vaut son influence sur l'état général, et que nous pouvons avant tout avoir recours à la haute fréquence pour relever une nutrition, faciliter ses échanges, modifier des lésions chroniques ou subaiguës, rendre le terrain plus fort contre les cultures microbiennes, expulser les toxines déchets de nutrition incomplète.

Action sur les vaso-dilatateurs. — Mais la haute fréquence possède une action particulière sur les vaso-moteurs.

Elle combat la vaso-construction et diminue par là même la tension artérielle. La chose est incontestable.

S'en suit-il que dans tous les cas la haute fréquence ramènera la tension artérielle à la normale ? Non. Ainsi, mon expérience me prouve que, dans la sclérose rénale, la haute fréquence ne réussira point, pas plus que toute autre thérapeutique.

Il en sera ainsi encore quand le myocarde est en dégénérescence avancée.

Or, étant données ces actions de la haute fréquence, la première de réveiller, de développer la nutrition, c'est-à-dire la vie des cellules, la vie des organes, leurs fonctions ; la seconde, d'établir un drainage suffisant pour opérer l'épandage sanguin, ne répondrons-nous pas à deux indications capitales de l'artériosclérose : à celle de la perversion de nutrition suite d'arthritisme, d'infection, d'intoxication, et à l'hypertension qui marque l'invasion de l'artério-sclérose ou qui prélude à celle-ci ?

Et dans l'artériosclérose confirmée, lorsque les artères sont dures, flexueuses, raboteuses à la périphérie, s'il est vrai que les vasa vasorum ont été, par leur resserrement, leurs lésions, les premiers coupables de l'athérome, ne voyons-nous pas dans leur dilatation le retour à une perméabilité plus grande, un premier facteur de réparation, n'avons-nous pas là un moyen d'arrêter l'extension de nouvelles lésions ?

L'évolution de l'artériosclérose est variable et diverse. Les déterminations viscérales en font des tableaux symptomatiques différents.

Si le cœur est hypertrophié, souvent l'aorte a perdu sa contractilité et son élasticité; il se produit de l'oppression, la marche devient pénible, les palpitations sont fréquentes; on voit de l'engouement à la base pulmonaire; souvent en l'absence même de toute altération valvulaire, on perçoit l'exagération du deuxième bruit aortique. Il peut être dû à l'hypertension artérielle qui va de 20 à 26 centimètres environ et probablement à de l'aortite chronique.

La thérapeutique par la haute fréquence produira dans ce cas quelque soulagement, mais là se borne son action.

Thérapeutique nouvelle. — Avant d'entrer dans l'exposé d'une thérapeutique nouvelle, qui a pour but de relever la circulation, les fonctions cardiaques et les fonctions artérielles, il est nécessaire de considérer un instant comment se répartissent les réactions circulatoires.

La physiologie vasculaire a donné lieu à des recherches de laboratoire et à des résultats très appréciés, grâce aux savants travaux des Claude Bernard, Brown-Sequard, Vulpian, Dubois-Reymond, Marey, Ludwig Frank, Paul Héger et Frédéricq, de Liége. L'ensemble de ces travaux nous a inspiré quelques moyens thérapeutiques physiques qui, depuis plusieurs années déjà, nous rendent des services remarquables par leur rapidité, leur simplicité, leur efficacité et leur durée. Considérons la physiologie des réactions vaso-motrices.

RÉACTIONS VASCULAIRES

Réaction vaso-motrice locale. — La réaction vaso-motrice est locale ou générale; ainsi sur la surface cutanée, à la suite d'une excitation mécanique comme celle du frottement d'une pointe mousse, nous voyons succéder à la ligne blanche vaso-motrice, la ligne rouge de vaso-dilatation. En pathologie, parfois la ligne blanche n'apparaît point, l'excitation crée d'emblée la ligne rouge. (Exemple: raie méningitique. Voilà un exemple de réaction locale.

L'excitation de la corde du tympan dilatant les vaisseaux de la glande sous-maxillaire et faisant couler des flots de salive, l'excitation d'un nerf érecteur engendrant l'érection du pénis, l'énorme dilatation des vaisseaux gastriques qui s'opère sous l'influence des aliments, du désir et du plaisir de manger, a démontré Paulou; voilà d'autres exemples édifiants de réactions locales et qui n'ont aucune influence notable sur la circulation générale. Celle-ci n'en subit aucune modification.

Réaction vaso-motrice générale. — Les réactions compensatrices, ce que j'appelais, il y a quelques années à la Société belge de Neu-

rologie et il y a deux ans à Milan, les réactions oscillatoires des vaso-moteurs, sont des réactions vaso-motrices plus étendues dont le primum movens peut partir des différents filets sensitifs de la peau, se réfléchir à différents étages de la moelle et se répartir à de nombreux réseaux artériels par les filets du grand sympathique.

Mécanisme de la réaction vaso-motrice générale. — Ainsi l'application d'un jet froid sur une certaine surface de la peau, chasse le sang des capillaires, élève la pression cardiaque, aortique et de ses différentes branches artérielles. Pour rétablir l'équilibre circulalatoire un instant menacé, la pression endocardiaque impressionne le nerf dépresseur de Cyon, impressionne le bulbe, le centre du pneumo-gastrique qui ralentit les battements du cœur, le centre de dilatation active des nerfs splanchniques pour offrir au sang une voie de dérivation large et facile.

Effet de la faradisation de tension sur la sensibilité de la poitrine. — L'augmentation de pression intra-cranienne contribue par elle-même aussi à ralentir les pulsations cardiaques. Ainsi encore si nous nous servons d'une brosse faradique bien faite de soies et de fils de laiton entremêlés, et si, employant l'électricité de tension de la bobine secondaire et que par des mouvements alertes, nous excitons plutôt agréablement les membres supérieurs et la poitrine, ces excitations donnent lieu à la vaso-constriction pulmonaire. Les vaisseaux pulmonaires se resserrent, le sang subit dans le cœur droit une pression en amont de l'artère pulmonaire resserrée. Par suite, le cœur gauche recevra moins de sang et, la conséquence, c'est une diminution de l'ondée à chaque systole ventriculaire gauche.

Cette réaction s'ajoute à celle des pneumogastriques, à celle des nerfs spanchniques, elle s'ajoute à la dilatation des artères musculaires et cutanées déterminée par les excitations des brosses.

Nous trouvons là un moyen simple, physiologique très puissant pour rétablir l'équilibre circulatoire et oscillatoire compromis par une hypertension artérielle permanente. Ce moyen détermine encore, ce qui concourt au même but (François Frank et Hallion, *Archiv. de physiol.*, 5e série, IX, pp. 434 et 448, 1897), une autre réaction compensatrice: c'est une contraction réflexe des branches hépatiques de la veine porte. Ce spasme réflexe diminue aussi l'afflux du sang au cœur droit. Il contribue avec le spasme de l'artère pulmonaire à diminuer l'hypertension artérielle.

Artériosclérose confirmée. Son traitement. — Dans le traitement de l'artériosclérose confirmée, considérant l'hypertension artérielle, les complications cardiaques et aortiques, nous aurons recours, sans doute, à la haute fréquence, mais afin de rétablir l'équilibre circulatoire, nous agirons sur les jeux vaso-moteurs, sur les oscillations circulatoires compensatrices nécessaires aussi aux jeux normaux de

nos organes. Un moyen que je vous recommande, que j'affectionne en raison de son efficacité, c'est la faradisation de la peau avec le fil fin de tension de la bobine secondaire.

Une condition indispensable à ses bons effets, c'est d'en faire des applications senties mais pas irritantes, c'est de manier les brosses avec un certain doigté pour éviter l'irritation hyposthénisante, c'est de commencer, soit par les régions externes des membres supérieurs, la peau plus épaisse de ces endroits les rendant plus supportables. La séance sera de trois minutes environ.

Il faut ensuite faradiser de la même faon pendant environ deux minutes la poitrine en insistant sur la région précordiale.

Comme avec la haute fréquence, je dilate les vaisseaux périphériques et je diminue leur tension, mais par une autre physiologie. Je n'augmente pas la tension cardiaque aortique pour les raisons développées plus haut; je diminue au contraire le volume de l'ondée sanguine appartenant à chaque systole ventriculaire des deux ventricules.

Après quelques séances l'oppression diminue, la marche devient plus facile. La congestion des bases pulmonaires se dissipe, les râles muqueux disparaissent, le malade peut reprendre le décubitus horizontal dans son lit. Le pouls devient moins fréquent. Exemple: de 130 pulsations il passe à 100 après dix à quinze jours de soins. Le sujet se surprend à monter un escalier avec aisance, son entourage trouve qu'il a gagné une élocution soutenue et non plus entrecoupée par une respiration plus ou moins saccadée.

Angine de poitrine. — Dans l'angine de poitrine, ainsi que je l'exposais à Milan en 1906, les accès diminuent pour disparaître dans les cas qui ne sont pas irrémédiables.

L'angineux ne sent plus sa griffe sternale. Il reprend peu à peu ses habitudes, il sent renaître son appétit, ses forces. Il se croit guéri. Il l'est symptomatiquement, c'est vrai. Et sa guérison est le résultat de l'équilibre circulatoire, des jeux vaso-moteurs compensateurs qui s'effectuent et qui diminuent le travail cardiaque.

Cas cliniques. — Je n'ai traité jusqu'ici que des incurables c'est-à-dire des malades susceptibles d'une guérison symptomatique, et cette guérison peut durer longtemps, même des mois sans nouvelle intervention.

Parmi les angineux que j'ai soignés, quelques-uns sont morts.

Se croyant à l'abri de récidive, quelques-uns se livraient par exemple à leur passion de la chasse, et s'ils ont abattu le gibier, on peut dire qu'ils ont été abattus aussi par lui.

J'en ai connu deux qui se livraient par plaisir aux travaux du yacht. Malgré la défense formelle de les reprendre, ils ont commis la faute du péché défendu, et le yacht a abrégé leur existence.

Enfin quelques-uns ont succombé subitement sans avoir subi de nouveaux accès.

Un cas à surprise fut celui d'un sujet, gourmet amateur de bonne chère, de bons vins, etc.; il sortit un jour de chez moi après une vacation, pour y rentrer à ma grande surprise une demi-heure après, en proie à des douleurs intenses. L'évolution de sa cure, jusque là, s'accomplissait sans accroc, il se débarrassait de toutes ses misères. Après un examen attentif, je ne tardai point à reconnaître un accès de colique hépatique. Il fut à la mort, passa des jours et des nuits dans le délire, gagna un ictère par résorption dû à la présence d'un calcul dans le canal choledoque.

Durant cette malencontreuse complication, il n'y eut aucune stase pulmonaire, son cœur fut toujours suffisant.

Il est remis parfaitement. Deux ans après, son médecin disait que son état était satisfaisant et que nulle grande crise anguineuse n'avait reparu.

Dans tous les cas, après quelque temps de cure, la matité cardiaque a diminué. Les bruits de galop restent. Cependant j'ai vu le bruit de galop disparaître.

Artério-sclérose des reins. — Une complication redoutable lorsque nous la rencontrons, unie surtout à l'affection cardiaque à l'aortite, c'est l'artério-sclérose des reins.

Ici, j'ai la certitude que, lorsque cette dernière est avancée, nulle thérapeutique jointe au régime lacté absolu, à la déchloruration soutenue n'apporte une diminution artérielle durable.

Mais à côté de cette complication, nous rencontrons des malades dont la sécrétion urinaire est dense, d'un volume insuffisant (1 litre environ en vingt-quatre heures), la poussière urique se dépose souvent au fond du vase de nuit.

Cette fonction insuffisante des reins intoxique d'une façon constante le sujet. Des stases pulmonaires sont chez lui constantes. Il y a peu d'albumine, le cœur est accéléré, la tension artérielle parfois est élevée. La marche est gênée par de l'oppression. Le décubitus horizontal est souvent impossible à garder, le sommeil et l'appétit laissent à désirer.

La faradisation dans la sécrétion des reins. — Dans le service de Huchard à Paris, le massage abdominal souvent ramenait de la sécrétion urinaire. On entretenait celle-ci par de la théobromine et ses sels. On désintoxiquait également par un drastique que l'on administrait aux moments choisis.

Dans ces cas rien n'active le sécrétion urinaire comme la faradisation de la région sus-ombilicale comprenant toute la largeur de l'abdomen. Deux à trois minutes de faradisation à tension suffisent.

Dès la première séance vous doublez au moins la sécrétion uri-

naire; après quelques séances le patient vous confesse que sa pléthore abdominale, que son ventre a diminué, qu'il doit resserrer et gilet et pantalon à la ceinture, ses traits ne sont plus boursoufflés: c'est de la magie.

Comme j'ai l'habitude de prévenir mes patients de leur décharge urinaire, ils se demandent toujours comment je suis parvenu à leur prédire avec tant d'assurance un débordement vésical pareil, sans leur avoir prescrit ni les diurétiques dont ils avaient épuisé l'action, ni aucune eau minérale de Vittel, de Contrexeville, etc.

Ils avaient uriné beaucoup et sans boire plus. Les jours suivants c'était la même répétition.

Un confrère spirituel a invoqué dernièrement, pour expliquer ce fait, la suggestion!!

Je préfère l'ébahissement interrogateur de mes malades. Dans l'esprit routinier des néophobes, des mots suffisent souvent pour remplacer l'explication des faits!

Les excitations cutanées n'ont pas un effet réservé aux vaso-moteurs seulement. Elles ont une influence sur l'innervation en général, sur celle qui domine la nutrition comme sur celle qui règle une sécrétion.

Nous n'ignorons point son rôle important sur toutes les fonctions de notre économie.

La peau, grâce à toutes les excitations atmosphériques auxquelles répondent les fibres de ses différentes sensibilités, entretient le stimulus nécessaire à la vie.

Couverte d'une vernis ou d'une pommade, nous savons qu'elle est rapidement mortelle.

On peut considérer la surface cutanée comme une réunion de régions en rapport avec les organes internes. Ces régions représentent des plans de projection. Ce sont, d'une part, les agents physiques qui impressionnent les fibres nerveuses sensibles de la peau. Ces impressions se réfléchissent dans la moelle vers nos organes pour entretenir leurs jeux.

D'autre part, nos organes souffrants impressionnent les cellules médullaires latérales en rapport avec des fibres du grand sympathique, ces impressions passent dans les fibres sensibles périphériques.

Leurs points d'arrivée représentent les points de Head parfaitement connus des cliniciens.

Nous trouvons dans ces données physiologiques l'explication de la faradisation sus-ombilicale sur la sécrétion rénale.

Par le même mécanisme ne pourrions-nous point concevoir comment des artères pourraient refaire leurs fibres élastiques, leurs fibres musculaires et prévenir les désordres plus grands de l'artériosclérose?

Enfin la faradisation pourrait par elle-même avoir une influence sur l'hypertension artérielle par un autre mécanisme physiologique que précédemment.

E. de Cyon (*Archiv für die gesam. Physiol.* 1898, LXX, p. 286) a formulé la loi suivante :

A. En repos, l'excitation met le centre nerveux en mouvement ;

B. En activité, la nouvelle excitation la suspend.

Or, l'hypertension représente bien une suractivité des vaso-moteurs, qui prétend que celle-ci ne pourrait céder et se voir remplacée par une tension normale comme par un jeu d'interférence sous l'influence de la faradisation cutanée ?

Or, refaire la nutrition des tuniques artérielles, combattre l'hypertension signe précoce du candidat à l'artériosclérose, n'est-ce pas encore combattre celle-ci ?

De plus, multiplier par deux, par trois, par quatre le volume d'urine rendue dans l'unité de temps n'est-ce pas laver l'économie de tous ses déchets toxiques, n'est-ce pas de ce côté combattre une grande cause d'artériosclérose, surtout chez les goutteux et tous les ralentis de nutrition ?

Je conclus de toutes ces considérations physiologiques, de tous ces faits cliniques que, pour traiter l'artériosclérose, maladie dont les symptômes varient avec la localisation des lésions, maladie qui reconnaît pour causes principales une nutrition pervertie par les infections des intoxications endogènes ou exogènes, par des désordres nerveux, par des dispositions arthritiques :

1° Que la haute fréquence est le traitement des candidats à l'artériosclérose ou des artério-scléreux au début ;

2° Que la haute fréquence est insuffisante pour combattre les déterminations principales cardiaque, aortique, rénale, céphalique et les lésions accentuées des artères périphériques ;

3° Que dans le traitement de ces déterminations diverses la faradisation cutanée par l'électricité de la bobine secondaire à fil fin est un moyen supérieur de choix, qui complète, en réveillant vigoureusement des actions physiologiques, l'action de la haute fréquence. L'opérateur doit avoir à sa disposition des appareils suffisamment puissants, régler ses intensités d'après des appareils de mesure précis.

Il doit acquérir le doigté et l'expérience nécessaires.

Sans tout cela il compromet toute cure.

Dans ces conditions lorsqu'on ne trouve pas dans ces moyens thérapeutiques les effets que nous avons décrits, c'est que le mal est au-dessus de toute ressource.

XVIII[e] Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

—

DIJON, 3-10 AOÛT 1908

—

(Suite)

—

B. Syndromes parathyroïdiens

Les parathyroïdes sont, dit M. Garnier, de petits organes glandulaires situés dans le voisinage de la thyroïde, avec laquelle ils affectent des rapports suivant l'espèce animale considérée. Elles sont au nombre de quatre, deux de chaque côté; on les distingue en parathyroïdes internes ou supérieures et parathyroïdes externes ou inférieures.

Chez l'homme, leur situation a été bien précisée par Chantemesse et René Marie. Pour les découvrir, il faut enlever la thyroïde avec le larynx, la trachée et l'œsophage, et disséquer l'organe par la face postérieure; on les rencontre alors au niveau du bord postérieur de chaque lobe.

D'expériences très nombreuses faites chez les animaux et de comparaisons faites entre leurs résultats, la clinique humaine et l'opothérapie thyro-parathyroïdienne, il résulte que des syndromes cliniques tels que peut-être le *myxœdème*, et surtout la *tétanie* et l'*éclampsie gravidique* pourraient, dans certains cas, être fonction d'insuffisance parathyroïdienne.

L'obscurité existe actuellement dans les rapports des fonctions cérébrales et parathyroïdiennes.

Le plus souvent les cas, où l'insuffisance parathyroïdienne est certaine, sont trop graves et trop rapidement mortels pour permettre l'étude des troubles psychiques.

Quand l'association de troubles psychiques et de syndromes glandulaires dans lesquels l'insuffisance parathyroïdienne est possible se présente, la complexité clinique est telle qu'il est déjà difficile d'établir un premier rapport de coïncidence, à plus forte raison un rapport de cause à effet entre le syndrome clinique et l'insuffisance fonctionnelle.

C. Syndromes thymiques

Certains points de l'anatomie du thymus sont encore discutés. Sa physiologie est très obscure et sa pathologie à peu près inconnue.

Les syndromes thymiques ne sont pas délimités. Les rapports pouvant exister entre les troubles psychiques et les perturbations thymiques ne peuvent même pas être discutés.

D. Syndromes hypophysaires

Le gigantisme et l'acromégalie sont des syndromes hypophysaires chroniques. Pour chercher si l'hypophyse, dont l'anatomie et la physiologie sont très étudiées, agit sur l'état mental, il faut d'abord analyser les troubles psychiques qu'on rencontre chez les géants et les acromégaliques et ensuite voir si on en retrouve quelques-uns dans l'insuffisance hypophysaire aiguë ou expérimentale.

A. GÉANTS ET ACROMÉGALIQUES

En réunissant toutes les observations connues de géants, Launois et Roy ont montré que la mentalité des géants est identique. « Elle est caractérisée, surtout par une débilité des trois grands modes de l'activité psychique. Cette lenteur des réactions, qui en fait des êtres mous, efféminés, sans énergie ni volonté se retrouve dans les divers processus intellectuels proprement dits : sensations émoussées, perceptions imprécises, mémoire languissante, pauvreté d'imagination ; l'état de leurs facultés d'acquisition et de conservation ne leur permet guère d'arriver à un haut degré de culture intellectuelle, leurs goûts les portant bien plus vers les tours de force aisés que vers les études ardues. Mais c'est surtout dans les facultés d'élaboration (raisonnement, jugement, etc.) que se traduit leur débilité intellectuelle. A plusieurs reprises des tentatives ont été faites pour produire des géants au théâtre ; mais le plus souvent ils se sont montrés incapables de remplir aucun autre rôle que celui de figurant muet.

On pourrait se demander, avec Launois et Roy, si cette obnubilation intellectuelle des géants n'est pas en rapport, dans certains cas, avec la tumeur hypophysaire qui existe chez un grand nombre de géants, et ne doit pas être rapprochée de la faiblesse de mémoire et de la céphale si fréquents chez les acromégaliques.

Dans les troubles psychiques des acromégaliques, il faut distinguer les troubles élémentaires et les psychoses. Les premiers peuvent être très atténués, mais paraissent constants, les autres sont relativement rares. Pour les expliquer on a invoqué la dégénérescence, la compression cérébrale, les modifications hypophysaires, j'ajoute les insuffisances glandulaires associées.

La contingence relative de la dégénérescence, de la compression cérébrale et des insuffisances glandulaires associées rapprochée de la constance des troubles psychiques élémentaires et des perturbations hypophysaires que tout le monde accepte, permet de penser que les uns sont sous la dépendance des autres. L'état mental des acromégaliques dépend donc de l'hypophyse.

D'autre part, il me paraît évident que tous les troubles mentaux, qu'on observe chez les acromégaliques, n'ont pas une origine hypophysaire.

On voit donc que, si l'état mental habituel des acromégaliques relève de l'hypophyse, les troubles psychiques plus marqués peuvent avoir la même pathogénie, mais peuvent avoir d'autres causes, surtout glandulaires, parmi lesquelles l'insuffisance tient le premier rang.

B. INSUFFISANCE HYPOPHYSAIRE

L'insuffisance hypophysaire expérimentale provoque un syndrome qui rappelle celui qui suit la thyroïdectomie : dépression psychique, cachexie, abaissement de la température. Il semble donc que chez les jeunes animaux l'hypophysectomie partielle peut produire un syndrome qui se rapproche de l'*infantilisme* et est caractérisé par un arrêt de développement, des troubles psychiques, etc.

A l'appui de cette opinion vient le fait de Nagari qui, à l'autopsie d'un infantile, dont le développement physique et intellectuel s'était arrêté à 7 ans, trouva au niveau de l'hypophyse une tumeur atteignant le volume d'une grosse noix. Le thymus persistait et pesait 4 grammes. Sa structure était normale ainsi que celle du corps thyroïde et des surrénales. Les testicules étaient infantiles. M. Babinski a d'ailleurs déjà décrit des lésions de l'hypophyse dans l'infantitisme avec obésité.

E. Syndromes surrénaux

Pour rechercher si le rapport de coexistence, signalé dans ces observations, entre troubles surrénaux et troubles psychiques, est un rapport de causalité, je classerai les faits en trois groupes, selon qu'on les observe chez les *addisoniens chroniques*, dans l'*insuffisance surrénale aiguë ou subaiguë* ou dans l'*artériosclérose surrénale*.

A. ADDISONIENS

Asthénie, aboulie, tristesse, tels sont les stigmates psychiques de l'addisonien.

Ainsi qu'il résulte des travaux contemporains, l'addisonien est un mélanodermique cutanéo-muqueux avec insuffisance plus ou moins marquée, parfois légère et même inappréciable des surrénales. Cette insuffisance chronique se traduit par l'hypotension artérielle et l'hypotonicité musculaire.

On ne peut s'empêcher d'établir un parallélisme entre ces divers groupes de faits histologiques, physiologiques, cliniques et psychiques.

L'asthénie psychique me paraît dépendre, comme l'asthénie musculaire, de l'insuffisance des cellules à lécithine. On connaît les connexions étroites du cerveau et du muscle.

L'aboulie, logiquement, dérive de l'asthénie, et la tristesse peut être rapprochée de l'hypotension artérielle liée à l'insuffisance de l'adrénaline. On connaît la théorie de James et Lange et les travaux de Klippel et Dumas.

B. INSUFFISANCE SURRENALE

Rentrent dans ce groupe tous les cas d'insuffisance surrénale aiguë ou subaiguë, que les malades aient été ou non antérieurement addisoniens.

Les troubles psychiques ne sont qu'une partie des accidents qu'on peut observer dans ces cas. Il s'agit, en effet, tantôt de convulsions toniques ou cloniques, de myoclonie, tantôt de confusion mentale, de délire *onirique avec agitation extrême*, de *délire systématisé* ou de *demi-torpeur*, avec subdélire continu aboutissant au *coma*.

On a rangé ces faits sous le nom d'*encéphalopathie addisonienne*.

Cette *encéphalopathie* comprend plusieurs formes :

1° *Tétanique*,
2° *Epileptique*,
3° *Myoclonique*,
4° *Délirante*,
5° Et *comateuse*.

La *forme délirante* comprend ainsi deux variétés. Le plus souvent il s'agit de *confusion mentale avec délire onirique et hallucinations* pouvant faire penser au delirium tremens, ou seulement d'un épisode onirique bref et particulièrement violent.

Beaucoup plus rarement c'est un *délire d'interprétation*.

Enfin, survenant dans l'enfance, l'insuffisance surrénale peut entraver le développement, et Morlat émet l'hypothèse d'un *infantilisme* surrénal.

Pour interpréter le retentissement mental des troubles surrénaux, on a émis trois hypothèses : la théorie *réflexe*, la théorie de l'*intoxication surrénale* et la théorie de l'*intoxication tuberculeuse*.

La première ne paraît plus soutenue par personne.

La troisième, émise par Bindo de Vecchi, doit être prise en considération, car on connaît la fréquence, sur laquelle j'ai insisté ailleurs, des troubles psychiques chez les tuberculeux.

Cependant, comme ce sont surtout les phtisiques qui ont des accidents mentaux et que les troubles psychiques des insuffisants surrénaux surviennent, en général, avant qu'ils aient de grosses lésions tuberculeuses autre part que dans les surrénales, c'est la théorie de l'intoxication surrénale qui me paraît la plus conforme aux faits.

C. ARTERIOSCLEROSE SURRENALE

Il paraît probable qu'en étudiant avec suite surrénales, vaisseaux encéphaliques et écorce cérébrale des artérioscléreux, on trouvera des cas où l'on pourra démontrer que l'*hypersécrétion d'adrénaline a entraîné la démence par l'intermédiaire de l'artériosclérose cérébrale.*

De cet exposé me paraît ressortir que les surrénales peuvent agir sur l'état mental des enfants et des adultes.

Chez l'*enfant*, l'insuffisance surrénale perturbant le développement, peut produire l'infantilisme avec sa conséquence mentale, le puérilisme.

Chez l'*adulte* les surrénales peuvent troubler l'état mental par défaut ou excès de sécrétion.

L'hypoépinéphrie légère chronique entraîne les changement d'humeur constants et typiques qui caractérisent l'état mental des addisoniens. Quand elle est massive, elle produit l'encéphalopathie convulsive, myoclonique, délirante ou comateuse.

Inversement, l'hypoépinéphrie agit sur l'état mental directement, comme le prouvent les psychoses toxi-surrénales par intoxication surrénale alimentaire, et indirectement, par l'intermédiaire de l'athérome et de l'artériosclérose qui, atteignant les vaisseaux de l'encéphale, peuvent aboutir à la démence par cérébrosclérose.

F. Syndromes ovariens

La clinique devant toujours être mon guide, je passerai en revue l'état mental de la femme dans les différentes phases de sa vie génitale, puberté, menstruation, grossesse, accouchement, lactation, ménopause pathologique, chirurgicale ou naturelle.

A. PUBERTE

La puberté se caractérise non seulement par le développement considérable de l'organisme dans les deux sexes, mais chez la jeune fille par l'apparition des règles.

La quasi-constance d'un état mental particulier aux jeunes filles à cette époque, et qui n'a pour ainsi dire pas son pendant chez le jeune homme, paraît bien en rapport avec l'éclosion de la fonction ovarienne.

L'accentuation de ces nuances mentales chez les dysménorrhéiques, que l'on s'accorde à reconnaître des perturbées ovariennes, vient à l'appui de cette interprétation. Quant à la fréquence des psychoses à la puberté chez la femme, elle s'explique, en général, par la diminution de résistance de l'organisme en pleine transformation et près de s'épanouir. La puberté est ainsi, sans conteste, la cause occasionnelle de beaucoup de psychoses, et très souvent de la démence précoce.

Mais elle paraît, dans quelques cas, jouer un rôle plus direct. La coïncidence de confusion mentale avec la puberté plus ou moins troublée, marquée de symptômes que nous verrons relever de l'insuffisance ovarienne, céphalalgie, rachialalgie, asthénie, insomnie, guéris par l'extrait d'ovaire (Brown-Séquard,

Jayle, Mainzer, Mond, Muret, Landau), et la disparition de la psychose à caractère toxique après opothérapie ovarienne, permettent de soutenir qu'à la puberté la sécrétion interne du corps jaune retentit sur l'état mental presque toujours en le modifiant à peine, le teintant seulement d'un peu de mélancolie ou d'exaltation, et quelquefois en le perturbant au point qu'apparait un syndrome psychique, comme la confusion mentale et ses dérivés.

B. MENSTRUATION

La nature toxique des psychoses menstruelles proprement dites ne saurait être niée.

Elle ressort, comme l'a montré Régis, des recherches de Loisel retirant des ovaires des échinodermes, des batraciens et des mammifères, des poisons (globulines et alcaloïdes), plus actifs que ceux des testicules; de la toxicité du suc ovarien, démontré par Bestion de Camboulais, sous la direction de Ferré; de l'apparition des troubles psychiques aux approches des règles et de leur fin, au moment de l'écoulement sanguin; de la toxicité du sang des règles; de l'accroissement de toxicité du sérum sanguin au moment où les règles vont survenir (Charrin); enfin des effets de la médication ovarienne qui a donné à Régis, dans les psychoses menstruelles proprement dites, des résultats excellents, de même que, toutes proportions gardées, dans les vésanies avec paroxysmes coïncidant avec des époques dysménorrhéiques.

Enfin, il ne faut pas oublier le rôle toxique possible des perturbations thyroïdiennes concomitantes dont on sait la fréquence (Sloan, Autrey, etc.).

A titre d'exemple, E. Thomas ne cite-t-il pas un cas de psychose menstruelle avec goitre exophtalmique périodique?

C. GROSSESSE

Les troubles psychiques de la grossesse consistent tantôt en simples troubles élémentaires, tantôt en psychoses : parmi celles-ci un certain nombre n'ont trouvé, dans la grossesse, qu'une cause occasionnelle; les autres, au contraire, psychoses de la grossesse à caractère toxique, dépendent directement de celle-ci. Le mécanisme ne paraît pas, d'ailleurs, toujours le même, et si les unes semblent relever de l'insuffisance ovarienne, d'autres, liées à des symptômes thyroïdiens, hypertrophie thyroïdienne, éclampsie, tétanie, sont peut-être sous la dépendance des perturbations de ces glandes.

D. POST-PARTUM

Parmi les psychoses des suites de couches, j'élimine immédiatement tous les syndromes psychiques variés qui n'ont trouvé, dans le post-partum ou la lactation, qu'une cause occasionnelle.

Restent les psychoses des suites de couches à proprement parler, les psychoses toxiques.

La plupart sont des psychoses infectieuses streptococciques ou à anaérobies (Jeannin).

Les autres, rarement exo-toxiques, sont d'habitude auto-toxiques.

L'insuffisance hépato-rénale, généralement incriminée, est incontestable dans beaucoup de cas; les troubles thyroïdiens sont évidents dans certains et peuvent avoir une valeur causale; restent donc peu d'observations où l'insuffisance ovarienne soit à incriminer, d'autant plus qu'immédiatement après l'accouchement, la perte brusque du placenta avec sa sécrétion interne, probable selon Bouchacourt, joue peut-être un rôle et que, plus tard, pendant la lactation, rien ne dit qu'il n'y ait au niveau des seins que sécrétion externe; la faci-

lité de la lactosurie et les hypertrophies compensatrices mammaires chez certains insuffisants thyroïdiens ainsi préservés du myxœdème, rendent la sécrétion interne supposable. On voit donc la complexité des causes déterminantes des psychoses post-partum ; parmi elles les troubles ovariens ne jouent probablement qu'un petit rôle.

E. CASTRATION

La différence dans l'intensité des troubles psychiques à la suite de la castration tient, avant tout, à l'équilibre nerveux des femmes.

A ce point de vue, on peut les diviser en deux catégories :

1° Les prédisposées par tare héréditaire ou acquise;

2° Les femmes sans stigmates nerveux appréciables, chez qui on doit rapporter les troubles psychiques à l'ablation des ovaires.

Chez celles-ci, il ne s'agit guère que de troubles psychiques élémentaires, que l'opothérapie généralement fait disparaître.

Chez celles-là, ce sont surtout des psychoses, psychoses variées dégénératives sans autre lien avec l'opération que celui d'une cause occasionnelle, et psychose à type de confusion mentale, psychose toxique paraissant dépendre de l'insuffisance ovarienne survenue brusquement.

Chez les ovariotomisées, à côté donc des psychoses contingentes survenant sur terrain prédisposé à l'occasion du traumatisme, il faut admettre des troubles psychiques, allant du trouble psychique élémentaire, irritabilité, tristesse, apathie, amnésie, à la confusion mentale et qui paraissent bien dépendre directement de l'insuffisance ovarienne, car en plus des raisons cliniques de cette interprétation, le traitement par le corps jaune les améliore presque toujours et les guérit quelquefois.

F. MENOPAUSE

La ménopause est une cause occasionnelle, incontestable et incontestée, de perturbations psychiques allant jusqu'aux psychoses les plus nombreuses et les plus diverses.

De plus, elle paraît être, dans certains cas, la cause déterminante des troubles psychiques élémentaires, analogues à ceux de la puberté et de la menstruation, et psychoses de caractère toxique à forme de confusion mentale ou de mélancolie anxieuse.

Dans ces cas, la ménopause n'agit, d'ailleurs, probablement pas toujours par le seul mécanisme de l'insuffisance ovarienne, mais par l'intermédiaire d'autres organes, rein (Le Gendre), ou thyroïde (dystrophie pubérale et ménopausique de Dupré et Pagniez).

En effet, si les troubles mentaux du syndrome de Basedow apparaissent souvent à la ménopause, ce n'est pas, comme le pensent certains auteurs, que celle-ci déclanche le déséquilibre latent des dégénérés, c'est bien plutôt en raison des relations qui existent entre les fonctions ovariennes et thyroïdiennes. La ménopause agirait, d'après Parhon, en supprimant un élément modérateur de la fonction thyroïdienne; il y a hyperthyroïdie et troubles mentaux symptomatiques.

On s'explique alors le peu de succès de l'opothérapie ovarienne.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'éducation et de la psychologie des anormaux en Belgique

par le Dr DUPUREUX
Médecin-inspecteur des écoles communales de Gand
Directeur médical de l'école communale d'enseignement spécial en cette ville

DE L'EDUCATION

L'enfant vient au monde, non pas comme une personnalité, mais plutôt comme une entité encore vague, portant en lui le moi embryonnaire des ascendants. Chaque pas qu'il fera dans la vie sera pour lui l'occasion de modifications nouvelles. Les impressions du dehors, il les subira d'abord sans opposition. Il arrivera, plus tard, à la suite de heurts entre les idées ataviques et les idées reçues, à se former une individualité, confuse d'abord, de plus en plus précise ensuite et absolue, peut-être un jour, s'il a pu dégager son existence propre et des contigences d'autrefois et de celles d'aujourd'hui.

L'éducation a précisément pour but d'aider la personnalité humaine à se libérer le plus vite et le mieux possible. Elle cherche à former les cerveaux; elle est l'orthopédie mentale qui amène au résultat recherché. Son travail est bien plus facile que celui de l'orthopédie physique, car le plus souvent, elle s'adresse à des cerveaux, non pas déformés, mais non encore formés; elle ne redresse ni ne ramène vers la droite ligne des psychologies morbides, mais, bien au contraire, elle dirige des intelligences normales vers les voies naturelles du développement psychique.

Déjà les éducateurs se sont préoccupés de ce problème et ont dirigé leurs efforts vers sa solution. Ils s'adressent à l'enfant, tout jeune, alors qu'il est encore au berceau et s'efforcent à développer son intelligence de façon à ce qu'il vive de la vie du milieu où il se développe.

L'éducation affine les sensations, les complète; éveille les idées et les élève; elle tend, en un mot, à faire de l'enfant un homme pensant et agissant non seulement dans son intérêt propre, mais encore dans celui de la collectivité dont chaque unité, prise à part, n'est rien et ne peut rien être.

Si le développement psychologique de l'enfance normale, bien que d'une facilité relative, préoccupe, avec raison, les éducateurs et

les psychologues, on comprendra sans peine combien leur attention est vivement sollicitée au sujet de l'éducation de l'enfance anormale.

Par suite d'une négligence assez compréhensible, résultant de l'ignorance des parents, les enfants, porteurs de tares, restent abandonnés à eux-mêmes pendant la première enfance. On remarque souvent très tard leur infériorité sur les autres enfants de leur âge et, lorsqu'on tente à porter remède au mal reconnu, il est déjà bien laborieux de le faire avec succès. Cette difficulté croît en raison directe de l'âge de l'anormal. Si la mère s'aperçoit, par hasard, que son enfant est inférieur, elle espère un événement, l'âge critique ou quelqu'autre circonstance favorable qui le mette au niveau des autres. Si on l'interroge, elle se refusera à admettre l'évidence et attendra la réalisation de l'impossibilité avec la foi aveugle que crée l'amour maternel.

L'EDUCATION MATERNELLE

Cependant c'est dès le berceau que l'observation psychologique doit commencer. La crèche est l'endroit le plus favorable à ces recherches. Dans nos milieux industriels des crèches multiples ouvrent leurs portes aux enfants en bas-âge. Pendant les longues heures que la mère passe à l'usine, l'enfant se trouve livré aux observations du personnel des crèches qui peut ainsi établir, dès le début, si l'enfant est normal ou non.

On arrive, de la sorte, sur les conseils d'un psychologue ou d'un médecin qui a dépisté l'anomalie, à exercer, d'une façon plus spéciale, les organes des sens, à dresser l'enfant et à suppléer ainsi, pour autant que faire se peut, aux défectuosités naturelles en cause.

C'est dans cette voie que la plupart des éducateurs, réunis au congrès international de Liége pour la protection de l'enfance, en 1905, ont orienté leurs recherches et leurs travaux : préparer les anormaux le plus tôt possible à l'éducation spéciale qui leur est nécessaire.

Je me souviens des très intéressantes discussions sur ce point, et je rappellerai les conclusions des éducateurs spéciaux qui ont nom Jonckheere, Rouma et de Rudder-Lawaese. C'est l'éducation maternelle spéciale pré-scolaire qui est utile et qui prépare les enfants à recueillir les fruits sérieux de l'enseignement et du surplus d'éducation qui leur seront donnés à l'école.

Alors que déjà, pour l'enseignement ordinaire, on défriche le cerveau normal par les soins du système Froebel, il est plus précieux encore d'amener sur les bancs de l'école d'enseignement spécial — qu'il soit réservé aux sourds, aux aveugles ou aux arriérés — des cerveaux non absolument frustes.

Les progrès seront beaucoup plus sensibles et les résultats plus

favorables si les sens sont excités au point que les efforts des éducateurs s'en trouvent sérieusement secondés. Je le répète, l'éducation du cerveau et des sens des anormaux doit commencer dès que les anomalies sont dépistées. Par là même, le travail sera réduit de moitié à l'école avec des résultats plus féconds.

Si, comme je le disais tantôt, la crêche est l'endroit par excellence pour procéder à la préparation scolaire, il ne faut pas en conclure que des mères intelligentes et bien dirigées ne pourront arriver également à un résultat heureux. Ce sera certainement l'exception, surtout dans la classe laborieuse. Là, la surcharge de famille, le temps trop restreint consacré par la mère à l'éducation de ses enfants, par suite de la nécessité de gagner son pain, souvent loin du foyer, rendent la chose impossible. Le mieux serait donc, pour l'enfance anormale de continuer la crêche — cet internat pré-scolaire — en organisant l'internat scolaire, voire post-scolaire pour quelques uns.

J'examinerai plus loin cette question de l'internat qui me semble une nécessité dans la majorité des cas.

Cette éducation maternelle présente également le grand avantage de permettre d'établir très tôt la forme d'anomalie du sujet et de ne pas perdre un temps précieux pour son traitement.

Les grands anormaux se distinguent les premiers très facilement : sourds, aveugles, idiots, se trouvent désignés pour les asiles déjà existants en nombre suffisant dans notre pays; et cependant on les y envoie souvent encore trop tard.

Pour les autres il serait utile de les diviser en certaines catégories, comme l'avance le docteur Decroly, dans son rapport au Congrès international de l'enseignement primaire, tenu à Liége du 2 au 7 septembre 1905.

Pour la première enfance notre savant confrère, comme suite à l'institution des crêches, milieu d'observation et d'éducation où s'enseignent les soins de propreté, toujours plus difficiles à faire observer chez les arriérés, propose la création d'écoles maternelles où se parfait cette éducation embryonnaire.

Là se différencieront rapidement les normaux des anormaux, qui passeront ensuite dans une seconde section, dite d'observation où les anomalies, étudiées de plus près, permettront de sélectionner plus sérieusement les types que l'on pourra diriger alors vers les institutions les mieux appropriées.

L'éducation maternelle n'intéresse pas les arriérés profonds qui comprennent les idiots et les imbéciles destinés à peupler les asiles et les hospices; les épileptiques également sont des pensionnaires assurés pour ces établissements déjà nombreux en Belgique. Mais à côté d'eux, les imbéciles non profonds peuvent en retirer un avan-

tage sérieux et devenir aptes à jouer un rôle auxiliaire dans la société, par le concours de leurs moyens physiques.

Jusqu'ici, on a par trop négligé ces soi-disant non valeurs; il suffirait cependant d'un léger effort pour les faire concourir, dans la mesure de leurs forces physiques et intellectuelles, aux travaux de la collectivité. Il se rencontre ainsi, dans nombre d'asiles et d'établissements hospitaliers des malheureux imbéciles, appelés aux rôles inférieurs de la domesticité. Beaucoup de leurs congénères arriveraient au même résultat pratique si l'on s'occupait d'éveiller leurs sens et de les exercer.

Parmi les enfants anormaux nous classons encore toute cette catégorie éminemment éducable des estropiés qui, jusqu'ici en Belgique, si on en excepte le Hainaut, sont, par le fait de leur infirmité, éloignés de tout enseignement, privés de toute éducation pédagogique et deviennent une charge lourde pour la société, alors que, par un léger sacrifice, on pourrait augmenter les forces sociales d'une série d'éléments utiles et intéressants.

Je ne puis faire autrement que d'appeler l'attention des membres du Congrès sur l'école créée à Charleroi par les soins de la députation permanente du Hainaut, en faveur des estropiés de naissance et des accidentés du travail. La direction en est confiée à notre confrère le docteur Dourlet. Cet établissement, encore à ses débuts, a déjà rendu de signalés services; plusieurs arriérés y reçoivent les éléments d'un métier qui leur permettra de gagner leur subsistance.

LES SECTIONS D'OBSERVATION

Une fois l'éducation des sens faite, on mettra les enfants dans ce qu'appelle si justement Decroly la section d'observation. Il serait facile d'en établir dans tous les jardins d'enfants et ainsi le classement se ferait de lui-même et sans difficulté.

A l'heure actuelle, dans les localités seules où existe l'enseignement spécial, les médecins scolaires appellent l'attention du personnel sur ce point. Trop souvent encore, les faits échappent à l'observation par suite du manque de connaissances psychologiques chez les institutrices. La plupart du temps, les institutrices frœbeliennes ne sont que vaguement diplomées et les recherches de l'espèce sont lettre-morte pour elles. L'enseignement en Belgique, dans les neuf dixièmes des écoles normales qui fournissent le personnel des écoles primaires, ne s'arrête pas un instant à ces problèmes qui devraient faire aujourd'hui la base de la science pédagogique.

Les instituteurs, trop souvent, considèrent les instables comme des méchants qu'il faut punir, les apathiques comme des paresseux, un poids mort qu'ils abandonnent à eux-mêmes.

C'est là, cependant, que doit se faire la sélection entre les normaux qui suivront régulièrement les classes ordinaires et fournissent le gros de l'armée scolaire et les anormaux qui seront l'objet de méthodes spéciales destinées à pallier à leur infériorité physique ou intellectuelle.

Le groupe des anormaux est des plus importants et des plus étendus.

Il se peut se diviser en anormaux de l'ouie et de la vue allant jusqu'aux sourds complets et aux aveugles; ceux atteints de troubles de la parole: tels que blésité, chuintement, bégaiement, voire mutité; les infirmes de toute espèce: paralysés, boiteux, culs-de-jatte, manchots, etc.; les névrosés en général: épileptiques, hystériques, hallucinés, choréiques, etc.; les indisciplinés, les amoraux et enfin les faibles d'esprit.

Ces divisions sont évidemment arbitraires car il peut se rencontrer des enfants qui sont sur la limite de deux anomalies, ou bien même qui réunissent des types différents.

C'est ainsi qu'il est quelquefois des sourds ou des aveugles arriérés, alors que généralement cependant ils appartiennent à une bonne moyenne intellectuelle. Aussi convient-il, même souvent, de déverser ces deux catégories d'anormaux dans les classes ordinaires. On voit ainsi se surexciter leur amour propre, et les résultats obtenus peuvent être remarquables.

Quoiqu'il en soit, tous ces anormaux sont justiciables d'un enseignement spécial.

Il serait puéril de chercher à établir des frontières rigides entre les différentes catégories d'anormaux et de les classer comme on pourrait le faire pour la taille.

Déjà, me semble-t-il, on a perdu un temps précieux en cherchant à les diviser théoriquement.

Alors que chaque individualité normale peut être difficilement rapprochée d'une autre, pour les anomalies ces rapprochements en groupe semble moins certains encore; il n'y a pas de mentalité étalon sur laquelle il convienne de mesurer les autres. Je dirais presque qu'il est heureux pour l'humanité de ne pas rencontrer de mentalité absolument saine, car ce serait l'arrêt de toute originalité, de tout progrès. Un cerveau trop régulièrement pondéré, en tout, rappelle trop la fameuse beauté plastique grecque, chez laquelle la régularité des formes et des traits ne provoque chez ceux qui l'observent que l'impression d'une froide admiration.

DES ECOLES D'ENSEIGNEMENT SPECIAL

On a proposé et on a souvent essayé pour les anormaux la classe d'enseignement spécial dans l'école ordinaire. Ce système me semble plus dangereux qu'utile.

Trop souvent, les anormaux, les infirmes du corps ou de l'intelligence sont victimes de leur infériorité vis-à-vis de leurs compagnons d'école; on les bouscule, on les nargue — l'enfant est inconsciemment taquin — et les malheureux au lieu de rencontrer dans ces conditions, l'atmosphère sereine, nécessaire à leur amélioration et à leur guérison, se trouvent, dans le milieu scolaire ordinaire, exposés aux avanies des autres écoliers et stigmatisés de la marque du paria.

Quiconque sera désigné pour la classe spéciale semblera frappé de déchéance aux yeux des condisciples des autres classes de l'école.

Il est donc humain et nécessaire que les classes spéciales annexées aux écoles ordinaires disparaissent et que l'enseignement des anormaux soit centralisé dans des établissements particuliers.

Les écoles spéciales avec direction autonome présentent une série d'avantages sur lesquels je me permettrai d'insister un moment.

Tout d'abord la cohésion du personnel, choisi tout spécialement pour les capacités qu'il présente et l'obtention d'un but identique déterminé, est une garantie considérable.

La direction unique, avec le concours d'un médecin spécialiste, assure également une plus grande unité dans les méthodes, une plus grand confiance entre tous les collaborateurs.

Des avantages particuliers devant être justement accordés au personnel de l'enseignement spécial pourront l'être beaucoup plus facilement dans un établissement unique que dans des sections à part dans chaque école.

Un matériel spécial complet sera, sans difficulté, approprié à une école nécessairement sérieusement outillée, tandis que les moyens mis à la disposition des classes spéciales, seront forcément restreints et incomplets.

Des mutations nécessaires d'élèves de classes à autres se font sans peine quand l'enseignement comprend plusieurs degrés.

La coéducation des sexes qui rapproche l'école de la famille, est une règle applicable dans une école spéciale, impossible si les classes sont annexées aux écoles primaires.

Pour les exercices gymnastiques, ou pour mieux dire, pour les mouvements rythmés accompagnés de musique, on peut former des sections de même force dans les écoles, alors que la chose est impraticables dans les classes.

Les travaux manuels, si nécessaires à l'éducation et si utiles à l'avenir social des anormaux trouvent à s'exercer, avec grand profit, dans les écoles qui possèdent des ateliers et des travailleurs en nombre sérieux.

On peut servir le repas du midi à l'école spéciale, tandis que l'élève de la classe doit rentrer chez lui, comme les autres élèves de son école.

Au point de vue éducatif et affectif, la concentration d'une quantité notable d'anormaux est un bienfait, leur dissémination parmi les normaux est un danger pour eux-mêmes et pour les autres.

L'habitude de fréquenter un local où les écoliers ont trouvé des affections et des joies les y ramène plus tard, lors des réunions provoquées par les œuvres post-scolaires qui dirigent encore les anormaux.

Nous en trouvons une preuve frappante dans le patronage de l'école 14 à Bruxelles qui fonctionne si admirablement par les soins d'un comité composé de citoyens dévoués sous la direction du docteur Boulenger. La sympathie du public et des pouvoirs s'en va plus généreuse à une agglomération organisée et forte qu'à des sections éparpillées.

La constitution des écoles permet d'y annexer, le cas échéant, des internats et de rendre aiusi complet l'effort éducatif de ceux qui se consacrent au relèvement des anormaux.

La centralisation permet, en outre, une surveillance plus efficace des pouvoirs; elle excite l'émulation parmi le personnel d'élite qui travaille en commun; elle facilite, par l'organisation d'un laboratoire richement outillé, les recherches des psychologues, des pédagogues et des médecins dans un milieu fertile et rend ainsi service à la science et à l'humanité.

Tout plaide en faveur de la création d'écoles d'enseignement spécial et pour l'abandon des classes annexées aux écoles ordinaires.

LA PSYCHOLOGIE DOIT GUIDER L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE

Les écoles spéciales doivent comprendre une classe d'observation où les enfants soient soumis pendant un temps plus ou moins long à une éducation préliminaire.

Ils y seront préparés à recevoir la semence scolaire: on excitera les sens endormis, on activera les facultés naissantes. C'est dans cette classe que le matériel spécial trouve d'utiles applications: les fiches de Bourneville, les jeux de dominos de couleur, les mosaïques, les constructions, les dons frœbeliens, les cubes, les perles, et les balles colorées etc. etc.

Provoquer l'attention, éveiller l'observation, organiser la mémoire tel est le but poursuivi et auquel on n'arrive que par de patients et constants efforts.

Le modes d'éducation ne sont pas purement physiques ou intellectuels, il faut encore, dans cette classe préparatoire, plus que dans toute autre, que le côté moral ne soit pas négligé. Les clients de cette classe sont, pour la plupart, des enfants devenus sournois par

suite des mauvais traitements que leur a valu leur déchéance intellectuelle, il faut rétablir en eux la confiance envers leurs semblables et cela ne se peut que par des moyens de douceur. Les punitions doivent être rigoureusement bannies du système éducatif; la privation d'une récompense peut être le seul moyen de coërcition employé. La réprimande sera douce, mais ferme; il faut que l'enfant sente la volonté supérieure et inflexible du maître. Il comprendra que l'on peut être ferme et résolu sans être violent, et emporté. Ainsi l'insubordination naturelle chez les indisciplinés finira par se briser contre la calme ténacité.

Rien, il est vrai, n'est aussi méritoire ni aussi épuisant peut-être, que cette victoire constante sur ses nerfs qu'on exige de l'éducateur de l'enfance anormale.

Cette victoire sur soi-même se complique encore d'une tension intellectuelle ocnsidérable; les enfants de cette classe préparatiore représentent assez bien la carte d'échantillon des différentes anomalies psychiques. Il faut donc que l'éducateur applique, judicieusement à chacun, le mode spécial d'enseignement le plus apte à développer ses moyens intellectuels. Il est nécessaire qu'il sache secouer l'apathie des uns, calmer l'indiscipline des autres, provoquer chez chacun une attention soutenue et suffisante pour que l'élève profite des quelques instants qui lui sont accordés. Souvent faut-il encore que l'on sacrifie de longs moments à redresser les défauts de prononciation de la majorité des enfants, voire à leur enseigner l'émission de la parole articulée.

On conçoit que cet enseignement est principalement basé sur les connaissances de la psychologie pratique et que le concours d'un médecin familiarisé avec cette science est absolument nécessaire en l'espèce.

C'est l'enseignement médico-pédogogique, si justement réclamé par ceux qui ont consacré leur temps à la question de l'éducation des anormaux.

Cette collaboration sera plus intime et plus efficace encore quand des écoles normales, analogues à celles créées récemment dans la province du Hainaut, dans lesquelles l'enseignement de la psychologie pratique joue un rôle des plus importants, auront donné des instituteurs spécialement préparés.

A l'heure actuelle cependant, il faut le reconnaître, tous ceux qui ont entrepris l'ingrate besogne d'enseigner dans les écoles d'arriérés, ont eu à cœur de se mettre au courant et sont arrivés à remplir leur mission avec un courage louable et un succès mérité

L'enseignement spécial va bientôt prendre une extension très considérable; le gouvernement paraît décidé à intervenir avec fermeté; dans cette conjoncture le monde pédagogique préparé sera trop restreint pour répondre aux exigences nouvelles. Il est plus

qu'urgent que l'Etat, à l'exemple de la province du Hainaut, crée des sections spéciales avec écoles d'application, que les autres provinces ou les grandes communes du pays fondent un enseignement analogue. Les écoles normales privées sauront bien d'elles-mêmes faire le nécessaire, poussées par les obligations nouvelles.

QUALITES REQUISES CHEZ L'EDUCATEUR

Si les connaissances spéciales sont absolument indispensables, si l'éducateur pour la classe préparatoire doit être un pédagogue avisé et instruit, il faut également que la personne à laquelle est confiée cette mission soit une femme et plutôt une mère de famille.

La femme a inné le sentiment du sacrifice à un plus haut degré que l'homme; la nature et l'atavisme ont fait de celui-ci le combattant, le violent chez lequel, le plus souvent, les contrariétés provoquent des manifestations de défense, tant au point de vue moral qu'au point de vue physique; il n'est pas fait pour applanir la voie aux révoltés, sa psychologie le pousserait, au contraire, à accumuler de nouveaux obstacles en opposant la force à l'obstination.

La femme au contraire, représente dans l'association des êtres la douceur et l'aménité. Si elle est mère, elle a porté l'enfant, l'a nourri de son lait, a guidé ses premiers pas, l'a protégé contre les chocs extérieurs, l'a soigné dans ses maladies. Grâce à cette longue intimité l'enfant, longtemps après sa naissance, semble encore partie inhérente de la mère. Ces sentiments naturels de la mère envers sa progéniture, elle les étend à l'enfance en général et nous voyons partout la femme-mère s'intéresser aux enfants des autres et plus particulièrement aux misérables. Les crèches, les asiles d'enfants, les écoles n'ont jamais manqué de comité de dames patronnesses qui s'intéressent à l'enfant parce que c'est l'enfant.

Les comités masculins eux s'occupent de la jeunesse au point de vue du résultat social ou économique à atteindre.

Cette affinité entre la femme-mère et l'enfant est réciproque. L'enfant, dans chaque moment pénible ou périlleux ira toujours vers sa mère ou vers la femme qui s'en rapprochera le plus, pour réclamer aide et protection.

On aurait tort de ne pas profiter des indications fournies par la psychologie en action, à l'avantage de la pédagogie spéciale.

Confions donc, d'une façon générale, si pas uniquement, à des mères de famille intelligentes et aptes cette besogne éminemment laborieuse de préparer les anormaux à la vie scolaire.

Je n'ai pas l'intention d'examiner degré par degré les méthodes à employer pour amener les anormaux à posséder les éléments de l'instruction primaire. Cela sort du cadre tracé et ne serait qu'une re-

dite sans intérêt, après les brillants et nombreux traités écrits sur la matière, notamment dans notre pays par les docteurs J. Demoor et A. Ley, dont la compétence est incontestée partout.

GYMNASTIQUE ORTHOPEDIQUE

Sans vouloir m'attarder aux exercices d'eurythmie et de gymnastique, je pense cependant devoir m'y arrêter un instant.

Il convient de diviser les élèves dans l'école plutot suivant le développement physique des écoliers que d'après les classes chez les anormaux, pour les exercices physiques.

Nous voyons en effet, en pratique, des arriérés d'esprit très bien développés physiquement et à côté d'eux des individus relativement intelligents, malingres et mal venus.

La gymnastique qui doit toujours s'accompagner de musique — ceci comme moyen d'éducation — poursuit des buts divers; chez les uns elle provoque la coordination des mouvements, parfait le sens musculaire par le maniement d'haltères et de bâtons, chose utile au premier chef; chez d'autres elle éveille la mémoire, provoque l'attention et amène l'association des idées; chez tous enfin elle complète le développement physique et harmonise les formes.
En conséquence il paraît illogique de former les sections de gymnastique par classe; il est plus profitable de les grouper par degré d'intellectualité d'une part, de force physique d'autre part.

L'inaptitude de marcher au pas qui se rencontre chez nombre d'arriérés, cède relativement vite aux séances répétées de gymnastique musicale; seulement ces séances doivent être régulières et assez prolongées — 20 minutes au moins. Plus tard les mouvements se compliquent et l'on peut arriver à obtenir de jolies figures d'ensemble mimées ou dansées, là où primitivement on n'osait rien espèrer. Des espaliers suédois, des planches orthopédiques complètent avantageusement les appareils de gymnastique.

L'ENSEIGNEMENT MANUEL

A côté de l'enseignement didactique, l'éducation des anormaux se complète d'un enseignement pratique ou, à mieux dire, d'exercices de métiers divers.

On ne peut, en effet, imaginer, pour la plupart des anormaux, un enseignement pratique, réel, qui fasse de ceux-ci des artisans capables de conquérir les premières places dans les ateliers.

Tout d'abord l'enseignement pratique ne peut se complèter comme dans les écoles professionnelles, de la théorie nécessaire à celui qui doit s'élever au-dessus des autres. C'est, pour les anormaux, un

mode nouveau d'éducation que nous préconisons, mode qui peut devenir par la suite un moyen d'existence.

Je mets à part, évidemment les sourds et les aveugles intelligents auxquels des carrières spéciales peuvent s'ouvrir avec succès; j'excepte également les estropiés dont quelques uns, comme je l'ai vu à Charleroi sont poussés vers des professions assez élevés; je ne considère pour le moment, que les arriérés éducables.

Une série de travaux peut être entreprise par eux, le tressage frœbelien est déjà une indication pour l'éducateur et plus tard, tel qui fut très habile en cette matière, peut devenir un excellent rempailleur ou vannier; les exercices scolaires plus complexes éclaireront également: d'habiles dessinateurs, de bons modeleurs sortiront des classes de modelage et de dessin de nos établissements spéciaux; des musiciens peuvent s'y révéler également.

L'habileté manuelle que les exercices pratiques éveillent n'est pas seulement une amélioration physique, un moyen d'apprendre un métier; c'est également une étape en avant dans l'état intellectuel du sujet; il conçoit sa propre valeur et fait de nouveaux efforts pour son élévation.

Rien n'augmente autant la personnalité humaine que l'affirmation de cette personnalité elle-même; l'assurance qu'il peut quelque chose par lui-même provoquera chez l'arriéré le désir de faire davantage.

Les exercices des métiers sont d'utilité intellectuelle et morale, je dirais même sociale, puisqu'ils peuvent arriver à forger les armes du combat de la vie à des êtres que l'on considérait comme inermes et qui tombaient jadis à la charge de la société.

Les métiers que les arriérés sont aptes à apprendre sont multiples. Ils ne peuvent être de ceux qui réunissent une masse nombreuse de travailleurs en un même endroit. Les travaux de l'usine et du grand atelier leur sont interdits; non seulement ils se trouveraient trop souvent en état d'infériorité pour la somme produite d'un travail donné; mais leurs défectuosités mentales ou physiques les rendraient la risée de leurs compagnons de travail.

Les métiers qui conviennent le mieux aux garçons sont le jardinage, le rempaillage, la confection de paillassons, la vannerie, la cordonnerie, le bourrelage, le cartonnage, la reliure, la brosserie, la couture ainsi que certains travaux auxiliaires.

Pour les filles, il est une éducation pratique générale à leur donner, c'est celle de ménagère. Si elles ne trouvent pas à s'employer autrement, elles pourront toujours chez elles se livrer aux soins intérieurs. Trop souvent, dans la classe ouvrière, les connaissances économiques d'un ménage sont lettre-morte. On ne se fait pas d'idée de ce qui se gaspille chez l'ouvrier pour arriver à un résultat déplorable au point de vue nutritif. Trop souvent aussi, surtout

dans une ville où la grande industrie arrache à son foyer la mère de famille et ses filles aînées, la femme du peuple ne sait ni ravauder, ni coudre, et les effets usés dont une intelligente reprise prolongerait l'usage, sont rejetés et abandonnés.

Enseigner les soins du ménage à des jeunes filles inaptes aux travaux de l'usine ou de l'atelier est donc d'une utilité primordiale.

L'enseignement ménager doit se compléter chez les filles d'exercices constants excitant leur habileté manuelle.

Le repassage, le tricot, la couture, comme profession, couture à la main ou couture à la machine peuvent aussi être une source de profits directs.

On voit combien ici, plus qu'ailleurs, l'enseignement de l'usage constant et intelligent de ses doigts est utile, comme mode éducatif, comme moyen de venir en aide aux siens, comme exercice d'un métier.

Cet enseignement professionnel élémentaire, s'il est suffisant, pour des arriérés mentaux, peut ne pas l'être pour des intelligents inaptes à suivre les cours des écoles ordinaires pour des raisons physiques. Ceux-ci pourront être dirigés vers les écoles-ateliers pour normaux.

De même, parmi les arriérés, il en est qui sont capables d'arriver à une adresse manuelle considérable, à une telle compréhension de leur métier que ce serait une erreur que de ne pas leur donner tous les moyens de se parfaire.

Il est vrai, en général, qu'un ouvrier sera d'autant meilleur qu'il sera plus instruit. Cependant il se présente quelquefois des individualités tellement douées au point de vue professionnel que, sans aucune notion de théorie, elles arrivent à fournir un travail non seulement suffisant, mais parfait. Dans ces conditions on ne saurait négliger ces valeurs nouvelles, aussi serait-il désirable de leur voir s'ouvrir les écoles de métiers, sans exiger les conditions de connaissances scolaires demandées aux normaux.

L'emploi de toutes les forces vives en vue de la réalisation du but commun : l'amélioration de la situation morale et matérielle de la classe des travailleurs est une chose à encourager.

En facilitant la solution de ce problème par tous les moyens possibles, on diminuerait également les charges de la société qui, chaque année, sacrifie des sommes énormes à l'assistance des incapables physiques ou intellectuels, sans compter qu'on diminuerait également la criminalité.

Ces considérations d'ordre moral ont une importance suffisante pour rallier tous ceux qui s'occupent du bien être et du relèvement des classes déshéritées.

(*A suivre.*)

XVIII[e] Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

—

DIJON, 3-10 AOÛT 1908

—

(Suite)

—

G. Syndromes testiculaires

Les troubles psychiques observés chez l'homme à l'occasion des manifestations normales ou pathologiques de sa vie génitale peuvent, à priori, dépendre de mécanismes divers, depuis la simple réaction émotionnelle jusqu'à l'insuffisance diastématique.

Je passerai donc en revue les troubles psychiques relevés à la *puberté*, à l'âge *critique*, si tant est qu'il existe chez l'homme, chez les *castrats*, les malades arrêtés dans leur *développement génital* ou souffrant d'*affections génito-urinaires* et les *infantiles*.

A. PUBERTE

Quoique moins apparente chez le garçon que chez la jeune fille, parce qu'elle est moins rapide et n'est pas marquée par un fait aussi visible que l'établissement des règles, l'évolution pubère se caractérise toujours par l'accentuation des signes apparents de la sexualité.

Les troubles psychiques, moins fréquents et moins marqués que chez la jeune fille, peuvent se diviser en troubles élémentaires et en psychoses.

Les tendances batailleuses qui traduisent les modifications du caractère peuvent aller jusqu'à la méchanceté. On voit parfois des adolescents développer une cruauté féroce à faire souffrir les animaux.

De plus, la dysharmonie des formes qui a fait nommer cette période l'âge ingrat, se retrouve dans l'esprit.

Quant aux psychoses apparaissant à la puberté, elles semblent se ramener pour le plus grand nombre à la démence précoce. Parmi ces psychoses, en est-il, comme chez la femme, que l'on puisse appeler vraiment psychose de la puberté ?

Quel rôle jouent, à la puberté, chez certains déments précoces, les troubles de la glande interstitielle ?

Autant de questions auxquelles il paraît aujourd'hui prématuré de répondre.

B. AGE CRITIQUE

On a rapporté à l'âge critique de l'homme certains troubles psychiques.

Les troubles psychiques élémentaires dus à la ménopause ne sont pas, dit Régis, exclusifs à la femme. Ils existent aussi chez l'homme qui a, comme elle, son âge critique vers 50 ans. Skae, qui les a signalés chez l'homme, cite surtout l'appréhension constante, la peur du malheur, c'est-à-dire les états nerveux psychopatiques de doute, de crainte, d'anxiété. Bombarda insiste sur le changement du caractère, l'inconduite, l'hypocondrie neurasthénique obsédante, la jalousie, les attachements amoureux passionnés et les perversions sexuelles.

C. CASTRATS

La castration, suppression opératoire des organes essentiels de la génération, a une influence plus ou moins marquée chez l'homme, suivant qu'elle est

pratiquée chez des enfants, avant l'éveil des glandes sexuelles, ou qu'elle est faite chez l'adulte, quand les organes sont développés et ont fonctionné.

Dans le premier cas, les castrats sont vraiment des neutres, en ce sens qu'aucune des modifications organiques caractéristiques de la sexualité n'a pu être ébauchée, tandis que dans le second, il y a forcément conservation de quelques caractères sexuels qui, bien qu'atténués, sont encore persistants.

D. ARRETS PATHOLOGIQUES DU DEVELOPPEMENT GENITAL

L'arrêt du développement testiculaire congénital ou survenu dès l'enfance, qu'il y ait cryptorchidie double ou que les testicules descendus dans les bourses soient atrophiés par un processus quelconque, entraîne des troubles intellectuels rarement signalés, d'ailleurs.

Ces individus grands, voûtés, aux membres inférieurs très longs, avec des attributs féminins, seins, hanches développés, absence de système pileux et persistance des cartilages de conjugaison au-delà du temps anormal, sont des castrats pathologiques et ils en ont généralement le manque de caractère et le puérilisme mental.

Mais certains n'ont aucun trouble.

Il semble que les différences, au point de vue de l'existence ou de l'absence des caractères sexuels secondaires et des manifestations psychiques correspondantes, qu'on rencontre chez les arriérés génitaux, tiennent à ce que les uns ont un développement normal de leur glande interstitielle, et n'ont de perturbation que de la glande génitale, tandis que les autres ont un arrêt de développement de la glande interstitielle, que la glande génitale et ses annexes soient ou non normalement constituées.

E. AFFECTIONS GENITO-URINAIRES

C'est surtout chez les blennorrhagiques que les troubles mentaux sont les plus marqués : la confusion mentale, la stupeur et des hallucinations sont fréquentes (Régis).

Ces psychoses dépendent de mécanismes complexes. Tantôt et le plus souvent, les malformations accidentelles ou opératoires, le varicocèle, la spermatorrhée, l'impuissance, les infirmités douloureuses, gênantes ou épuisantes, agissent sur le moral, rendent l'individu sombre, préoccupé, timide, douteur, misanthrope et peuvent aussi créer chez lui de la neurasthénie, de l'hypochondrie, des obsessions, de la mélancolie avec ou sans délire.

Tantôt la blennorrhagie chronique surajoute à cette même action morale les effets d'une toxi-infection spéciale, qui se traduit alors à des degrés divers par les modifications mentales variées des psychoses infectieuses.

F. LES INFANTILES

Dans l'infantilisme vrai de Brissaud, l'absence des caractères sexuels secondaires est sous la dépendance de lésions thyroïdiennes survenues dans l'enfance.

Or, les lésions thyroïdiennes n'existent pas chez tous les infantiles et des lésions d'autres glandes s'observent qui, survenues dans l'enfance, paraissent pouvoir jouer un rôle analogue à celui de la thyroïde. Il en était ainsi pour l'hypophyse et la surrénale dans les observations de Nagari et de Morlat.

Dans ces cas l'infantilisme paraît résulter de la répercussion des altérations glandulaires sur le testicule qui est arrêté dans son développement. Il semble en être de même chez les infantiles avec exiguité des voies artérielles ou des orifices cardiaques, ou des lésions de la rate, du pancréas ou du foie.

Quelle que soit d'ailleurs la variété des causes qui ont entraîné l'infantilisme,

les troubles psychiques élémentaires sont toujours de même ordre et consistent essentiellement en la persistance de la psychologie de l'enfant.

Quant aux *psychoses*, qu'on peut rencontrer chez les infantiles comme chez tout autre, elles peuvent emprunter quelques caractères psychiques au puérilisme des sujets, mais elles ne paraissent pas devoir être rapportées à l'insuffisance diastématique.

H. Syndromes prostatiques

La triple série de faits : démonstration expérimentale de la toxicité et de l'action hypertensive et cardio-modératrice des extraits de prostate d'animaux en activité génitale, fréquence des suicides chez les prostatectomisés, et facilité des épisodes neurasthéniques au cours des prostatites, permet d'émettre l'hypothèse que certains troubles mentaux dépendent parfois de perturbations glandulaires prostatiques.

I. Syndromes pluriglandulaires

Les faits sont doublement intéressants, au point de vue physiologique et psychiatrique.

Au point de vue *physiologique*, ils montrent qu'il existe, entre les diverses glandes à sécrétion interne, des corrélations que n'explique pas le système nerveux et qui se manifestent par des phénomènes de synergie ou de suppléance fonctionnelle entraînant l'apparition de symptômes complexes, où l'on retrouve associés des symptômes dépendant de perturbations, en sens inverse ou de même sens, de plusieurs glandes à sécrétion interne.

Il est impossible de nier un rapport beaucoup plus étroit caractérisé par la réaction élective d'une glande à la perturbation d'une première, telle l'hypertrophie de l'hypophyse après la castration.

Ces troubles paraissent bien démontrer que les glandes à sécrétion interne concourent à l'équilibre des fonctions organiques par les produits qu'elles déversent dans le milieu intérieur.

Les sécrétions internes jouent un rôle capital dans la régulation des fonctions de l'ensemble de l'organisme. Ces sécrétions internes ont probablement un caractère chimique simple; elles n'agissent pas comme un poison ou une substance alimentaire, mais comme une drogue; leur action dépend de la configuration physico-chimique de la molécule et non de la présence des groupes haptophores d'Ehrlich.

« Il en résulte, comme l'ont dit dès 1891 Brown-Séquard et d'Arsonval, que les diverses cellules de l'économie sont ainsi rendues solidaires les unes des autres, et par un mécanisme autre que par des actions du système nerveux. »

En second lieu, au point de vue *psychiatrique*, les corrélations des sécrétions internes et leurs perturbations concomitantes, synergiques ou non, font supposer que, dans le cas même où le trouble glandulaire interne paraît unique, il en entraîne peut-être d'autres qui ne se manifestent pas encore par des symptômes appréciables et que, par conséquent, les troubles psychiques observés, en admettant leur origine glandulaire, peuvent en avoir une multiple.

Si déjà, dans un cas simple, la connaissance du rapport du trouble psychique au vice de sécrétion interne comporte plusieurs causes d'erreur, on conçoit la difficulté du problème dans un syndrome pluriglandulaire caractérisé et la presque impossibilité de la solution, quand les manifestations des troubles glandulaires internes ne sont qu'estompés ou ont disparu chez un malade, dont tous les troubles ne paraissent que psychiques.

II

Troubles glandulaires dans les syndromes psychiques

L'existence de troubles glandulaires dans les syndromes psychiques n'a pas jusqu'à présent assez, à mon avis, attiré l'attention. Cependant ces troubles ne sont pas niables dans certains cas.

Dans ceux où ils ne sont pas apparents, il me semble qu'il y aurait un très grand avantage théorique et pratique à les rechercher par les trois méthodes clinique, anatomo-pathologique et opothérapique. Ainsi on pourrait peut-être éclaircir la pathogénie de quelques psychoses et améliorer des malades.

Aussi serais-je heureux si le Congrès émettait un avis favorable à des études poussées dans ce sens.

CONCLUSIONS

En conclusion, je soumets à la discussion du Congrès les propositions suivantes :

1° Il existe un rapport de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne, thyroïde, parathyroïde, hypophyse, surrénale, ovaire, testicule, et les syndromes correspondants : myxœdème, goître exophtalmique, tétanie, éclampsie, gigantisme, acromégalie et syndromes d'Addison, d'insuffisance ovarienne et diastématique.

2° Existe-t-il un rapport de causalité entre ces mêmes perturbations et certains troubles psychiques concomitants de leurs syndromes respectifs?

3° Si oui, auxquels de ces troubles psychiques et d'après quels critériums reconnaît-on une origine glandulaire? Peut-on admettre une origine glandulaire de ces troubles psychiques, même dans des conditions cliniques telles que chez beaucoup d'aliénés, où les syndromes glandulaires respectifs ne seraient pas facilement appréciables?

4° Tout en faisant la part à la prédisposition cérébrale, peut-on admettre la possibilité d'une origine glandulaire de certains cas de débilité cérébrale, démence précoce, délires partiels, troubles nerveux fonctionnels, hystériques, neurasthéniques, psychasthéniques?

Discussion

M. REGIS (Bordeaux). — M. Laignel-Lavastine, comme conclusion principale de son remarquable rapport, pose la question suivante : « Existe-t-il un rapport de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne et certains troubles psychiques concomitants de leurs syndromes respectifs? Si oui, auxquels de ces troubles psychiques et d'après quels criteriums reconnait-on une origine glandulaire? »

Personnellement, je crois que ce rapport de causalité est probable, mais que, à l'heure actuelle, on ne saurait être plus affirmatif et aller au-delà.

J'ajoute que parmi toutes les preuves qu'on peut faire valoir en faveur de cette opinion, preuves anatomiques, physiologiques, pathologiques et thérapeutiques, l'une des plus importantes, à mon sens, est la preuve clinique.

Le fait que dans tous les syndromes cliniques liés à des perturbations des glandes à sécrétion interne, les troubles psychiques se présentent sous forme de confusion, de torpeur, d'hébétude, d'amnésie, d'onirisme, de délire hallucinatoire avec excitation, anxiété, etc., indiquent pour moi qu'ils sont d'origine toxique, qu'ils sont dus à une intoxication. A eux seuls, ils emportent ce diagnostic pathogénique.

Mais si nous pouvons, par là, rapporter les troubles psychiques concomitants des perturbations des glandes à sécrétion interne à une intoxication, nous ne sommes pas autorisés à aller chercher cette dernière dans les glandes à sécrétion interne, d'abord parce que le lien direct entre eux nous fait défaut, ensuite parce que les symptômes psychiques des intoxications et des infections, malgré les variations individuelles, ne diffèrent pas suffisamment d'une intoxication à l'autre pour être considérés comme spécifiques.

M. CLAUDE (de Paris). — Les faits ne manquent pas pour prouver la coexistence fréquente de syndromes glandulaires et de troubles psychiques; mais très peu permettent d'établir une relation de cause à effet entre ces syndromes et les troubles psychiques qui les accompagnent.

Bien qu'elle ait donné un certain nombre de résultats intéressants, l'opothérapie comporte avec elle trop de causes d'erreur pour pouvoir nous fournir la solution des problèmes que soulève le rapport de M. Laignel-Lavastine. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades (psychasténiques, maniaques, mélancoliques, etc.), améliorés ou guéris par l'usage de telle glande indistinctement ou bien d'une association glandulaire. Pour toutes ces raisons, il est prématuré de tenter une généralisation sur des faits qui demandent à être encore longuement étudiés.

M. Léopold LEVI (de Paris). — Voici, d'après nos recherches avec M. H. de Rothschild, les *critériums permettant de rapporter les troubles psycho-nerveux à leur origine thyroïdienne.*

1° Troubles psycho-nerveux par *insuffisance thyroïdienne.*

a) Avant le traitement :

Le sujet présente des signes de dysthyroïdie.

Les troubles psycho-nerveux évoluent parallèlement aux signes d'insuffisance thyroïdienne et sont influencés par les actes de la vie génitale féminine.

Les troubles psycho-nerveux ont leur représentant dans le myxœdème.

b) Le traitement acquiert une valeur spécifique si :

Son action est *immédiate* (pierre de touche).

Son action est toujours *efficace.*

S'il *transforme* le malade.

Il faut noter aussi l'importance des rechutes et de leur traitement.

2° Troubles psycho-nerveux *par hyperthyroïdie.*

a) Avant le traitement :

Les troubles psycho-nerveux ont leur représentant dans la maladie de Basedow. Ils coïncident avec des troubles d'hyperthyroïdie et de Basedow fruste.

Ils sont susceptibles d'être *reproduits ou exagérés par thyroïdisme alimentaire.*

b) Le traitement consiste en chymothérapie antithyroïdienne, en opothérapies variées et associées. — Le traitement thyroïdien, à petites doses, agit sur ces symptômes. Il est capable de faire disparaître ce qu'il est capable de produire.

3° Troubles psycho-nerveux par *instabilité thyroïdienne.*

Association de troubles hypo-hyperthyroïdiens. Influence favorable de la médication.

M. GRASSET (de Montpellier). — Le rapport de coexistence n'est plus discuté; mais, dans certains cas, il est très difficile de dire qui a commencé. Il y a certainement des cas où les troubles glandulaires paraissent succéder aux troubles nerveux. On peut dire que ces troubles glandulaires sont des équiva-

lents; on a affaire à des psychonévroses splanchniques. A leur tour, les glandes réagissent sur l'état nerveux. C'est ainsi que les neurologistes, les psychiatres, voient revenir dans leur cabinet des malades qui, après avoir passé à différentes reprises entre les mains des chirurgiens, souffrent toujours de troubles génito-urinaires ou de leur entéro-colite.

M. André LERI (de Paris) a fait des coupes de 6 thyroïdes, 13 pituitaires et 13 surrénales de sujets atteints de maladies mentales et morts dans le service du professeur Joffroy.

L'examen des thyroïdes et des pituitaires ne nous a pas donné de résultats intéressants. L'examen des surrénales nous a paru plus instructif.

Sur 13 surrénales, 7 présentaient une lésion extrêmement accentuée, 2 une lésion modérée, 4 étaient à peu près normales. Les 4 normales appartenaient à des paralytiques généraux.

Parmi les 9 glandes altérées, 2 présentaient des lésions très probablement terminales (épinéphrite à caractère inflammatoire chez un alcoolique mort de pneumonie, hémorragie chez un paralytique mort en ictus). Deux autres avaient une lésion en foyer tuberculeuse : l'un, un paralytique, était mort subitement (ce qui est fréquent dans les lésions surrénales) ; l'autre était mort avec le syndrome de la confusion mentale hallucinatoire aiguë (ce qui pouvait tenir à l'alcoolisme possible, mais ce qui, comme le rapporteur le signale, fait aussi partie quelquefois du tableau clinique de l'insuffisance surrénale aiguë).

Parmi les 5 autres surrénales malades, 2 présentaient une dégénérescence diffuse, non inflammatoire, très accentuée, presque totale; or, elles appartenaient toutes deux à des mélancoliques anxieux, morts très rapidement (l'un en un an, l'autre en trois mois) ; tous deux avaient présenté des signes accentués d'insuffisance surrénale (asthénie profonde, aboulie, pouls petit et rapide, réponses pénibles et monosyllabes, troubles digestifs, douleurs d'estomac, etc.), qui permettent de penser que la lésion surrénale, loin d'être terminale, entrait pour sa part dans le tableau clinique de la maladie.

Les rapports des lésions surrénales avec la mélancolie paraissent confirmés par l'observation de nos trois derniers malades. L'une, qui avait des lésions surrénales de même nature, mais plus modérées, était une mélancolique anxieuse, dont l'affection avait évolué beaucoup plus lentement en trois ans et demi, et qui avait aussi présenté des signes physiques d'insuffisance surrénale, atténués.

Les deux autres, qui présentaient des lésions très accentuées, mais très différentes (adénomes multiples, hémorragies, foyers de nécrose, traînées lymphocytaires), étaient des paralytiques généraux dont l'affection avait débuté par un syndrome de mélancolie anxieuse et dont l'un mourut subitement.

On connaît depuis longtemps les signes physiques de dépression neuromusculaire et vasculaire des mélancoliques; ils sont très semblables à ceux de la maladie d'Addison. D'autre part, l'asthénie, l'aboulie, la tristesse sont, comme l'indique le rapporteur, les stigmates psychiques de l'addisonien. Or, on sait aujourd'hui que le syndrome de l'insuffisance surrénale ne comporte pas forcément le signe essentiel, quoique généralement tardif, de la maladie d'Addison, la mélanodermie. Il serait intéressant de rapprocher ces données et certaines constatations anatomiques; on arriverait peut-être à savoir que l'insuffisance surrénale, avec ou sans mélanodermie, conditionne dans certains cas des états mélancoliques, simples ou anxieux, prétendus idiopathiques ou symptomatiques. Il serait important au point de vue du traitement que l'on puisse substituer, dans certains cas déterminés, à l'hypothèse vague d'auto-intoxication une théorie plus précise d'intoxication par insuffisance surrénale.

M. L. PICQUE. — La discussion porte, à l'heure actuelle, sur la part qui

revient à la prédisposition et à l'infection dans la production du délire. Aucun trouble glandulaire ne peut être invoqué.

Pour les psychoses de la puberté et de la ménopause, M. Laignel admet une corrélation possible, mais non démontrée, entre la fonction spéciale de l'ovaire et sa sécrétion interne. Il accepte de plus, sans en donner de preuve, que la suppression hypothétique de la sécrétion interne est susceptible de provoquer des troubles. Enfin, les troubles psychiques qui apparaissent aux périodes principales de la vie génitale sont considérés par lui comme dépendant des modifications apportées dans la sécrétion interne. Nos collègues Régis et Claude ont déjà exprimé des réserves sur ces divers points.

D'autres causes peuvent, d'ailleurs, être invoquées, et je laisse aux aliénistes le soin de les indiquer.

A l'hôpital, M. Laignel nous demande des observations de troubles psychiques dans le syndrome glandulaire. Or, notre collègue me paraît établir une confusion entre le syndrome glandulaire physiologique et le seul syndrome glandulaire pathologique que nous devons rechercher. D'autre part, il ne nous apporte aucune preuve clinique, ni anatomo-pathologique, de la lésion ovarienne. Or, il faut, selon moi, démontrer que cette lésion, dûment constatée, est susceptible d'entraîner un syndrome clinique indépendant de tout phénomène physiologique, auquel viendront se surajouter des troubles psychiques.

La castration opératoire peut, *à priori*, fournir ce desideratum, puisque la suppression de la glande entraîne la disparition de toute secrétion. Mais, tout d'abord, les ovaires enlevés sont rarement sains; c'est là un point important. De plus, toute intervention est susceptible d'entraîner une psychose post-opératoire. Psychose toxique ou autotoxique, selon la conception de Régis. Psychose par réveil d'une psychopathie antérieure, d'après les idées que je soutiens.

Ces formes une fois éliminées, on peut se trouver en face du vrai syndrome considéré par les auteurs comme dépendant de l'hyposécrétion ovarienne. Dans ce syndrome, il est des symptômes (troubles vaso-moteurs et de nutrition) qui paraissent dépendre surtout de la suppression de la menstruation. Il s'y ajoute des troubles mentaux (manie ou mélancolie). Dépendent-ils de la suppression de la glande. Or, j'ai relevé, sur 43 cas d'opérées, 23 dans lesquels on constate l'existence du syndrome glandulaire. Celui-ci apparaît à la suite des opérations les plus diverses, curettage, périnéorraphie, néphropexie, hernie ombilicale, amputation du sein, cure d'éventration.

Un homme qui avait subi la résection de l'épaule, présentait ce même syndrome mélancolique.

Ces constatations viennent ruiner la doctrine de l'hyposécrétion ovarienne.

D'ailleurs, pour ses partisans, le critérium est fourni par les résultats de l'opothérapie. Or, plusieurs de nos collègues ont excellemment dit ce qu'il fallait penser de cette méthode et je n'ai pas à y revenir.

En résumé, je crois que chez les opérés ce syndrome doit rentrer dans le cadre des psychoses par opération et que leur pathogénie en dehors de l'infection doit être recherchée dans l'état mental antérieur ou la prédisposition héréditaire. La psychothérapie m'a souvent donné, dans ces cas, d'excellents résultats.

M. LAIGNEL-LAVASTINE, rapporteur. — Il résulte de la discussion que le Congrès accepte complètement la première des conclusions de mon rapport, reconnaît la grande probabilité de la seconde présentée par moi sous forme interrogative et discute la possibilité des troisième et quatrième que je n'ai émises qu'à titre d'hypothèses permettant d'orienter les recherches à venir.

Plus particulièrement je suis heureux d'entendre M. le professeur Régis dire que les psychoses toxiques, caractérisées au point de vue sémiologique par la

confusion mentale, la torpeur, l'amnésie, le délire onirique, peuvent, aussi bien que d'origine hépatique ou rénale, être causées par des perturbations des glandes à sécrétion interne. C'est la confirmation de la deuxième conclusion de mon rapport.

De plus, M. Régis a trouvé trop générale la proposition que j'ai émise, à titre d'hypothèse, que tout délire est toxique, au moins à son début. Il n'a jamais été dans ma pensée de vouloir confondre tous les délires, et, au point de vue sémiologique, l'acquisition de la notion des délires toxiques opposés aux vésanies est trop précieuse et trop exacte pour que je la combatte.

Ma proposition n'a qu'une valeur toute théorique d'hypothèse pathogénique.

M. Picqué me critique dans ma méthode d'expression et dans mon interprétation des faits.

Quant à la méthode, il me reproche, dans mon chapitre des troubles psychiques dans les syndromes ovariens, de citer des faits de psychoses infectieuses et de confondre le syndrome glandulaire physiologique et le seul syndrome glandulaire pathologique que nous devons rechercher. Mais les infections ne déterminent-elles pas, dans la majorité des cas, des troubles mentaux, par l'intermédiaire de perturbations glandulaires, et qu'est-ce qu'un *syndrome physiologique*, sinon une expression contradictoire ?

Quant à l'interprétation des faits, M. Piqué paraît me reprocher un trop grand radicalisme et croire que j'admets un simple rapport unilatéral entre l'insuffisance ovarienne au cours des divers accidents des phases de la vie génitale féminime, et les psychoses qui peuvent les accompagner ; mais, au contraire, j'ai tenu expressément à insister sur la multiplicité et la complexité des facteurs qui peuvent se joindre aux perturbations ovariennes et les remplacer pour déterminer les troubles mentaux observés.

NEUROLOGIE

Formes cliniques et diagnostic des névralgies

M. Henri VERGER (de Bordeaux). — On peut dire avec le professeur Pitres : « la douleur est par essence un phénomène central. Il n'y a pas, il ne peut pas y avoir de névralgies périphériques au sens propre du mot. Il y a seulement des névalgies de cause périphérique dans lesquelles l'éréthisme des centres est provoqué et entretenu par des excitations algésiogènes ayant pour point de départ les racines, le tronc ou les extrémités terminales des nerfs. »

Partant de cette idée simple qui a le mérite de mettre en concordance la physiologie pathologique des névralgies avec ce que nous savons de la physiologie générale des nerfs, M. Pitres propose de classer les névralgies suivant le point de départ des excitations algésiogènes en névralgies *extrafasciculaires*, provenant d'une irritation des extrémités terminales, apaisées par l'injection de cocaïne loco dolente ; *névralgies fasciculaires*, qui résultent de l'irritation des troncs nerveux eux-mêmes, résistant aux injections de cocaïne *loco dolente*, mais apaisées quand l'injection atteint le nerf au-dessus du point irrité ; *névralgies d'origine radiculo-médullaire*, qui sont seulement apaisées par l'injection intra-arachnoïdienne ; *névralgies réflexes*, dans lesquelles les douleurs se manifestent dans le territoire d'un autre nerf que celui sur lequel agit la cause irritante et qui sont calmées quand l'action de la cocaïne est portée dans la région où se trouve le foyer d'irritation ; enfin *névralgies proprement centrales*, hallucinations persistantes de phénomènes douloureux représentant dans la sphère sensitive ce qui est représenté dans la sphère intellectuelle par les idées fixes et dans la sphère émotive par les obsessions anxieuses, auxquelles on ne découvre aucune cause extérieure aux centres et qui représentent, par conséquent, une réaction autonome de ces centres.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'éducation et de la psychologie des anormaux en Belgique

par le Dr DUPUREUX
Médecin-inspecteur des écoles communales de Gand
Directeur médical de l'école communale d'enseignement spécial en cette ville

---

(*Suite et fin*)

INTERNAT POUR ANORMAUX

Les moyens d'amélioration de l'état des anormaux et de leur éducation rapidement esquissés, n'auront jamais qu'une efficacité relative si les pouvoirs ne prennent une mesure dont l'importance est primordiale.

Le plus souvent les soins laborieux du personnel se trouvent paralysés par le retour de l'anormal dans le milieu familial. Que peuvent quelques heures de régime scolaire sur un enfant qui passe la majeure partie de son temps dans un milieu délétère au point de vue moral, déplorable au point de vue hygiénique? C'est l'éternel et inutile effort de Sisyphe. Dans les huit dixièmes des cas, l'éloignement du malade du milieu gangreneux où il vit est le seul moyen d'arriver à bon terme.

L'internat se recommande de lui-même, parce qu'il permet de multiplier les efforts éducateurs, pendant de longs mois, parce qu'il établit dans un milieu propre ceux qui en sont l'objet.

Déjà le demi-internat qui permet de retenir les enfants à l'école du matin au soir, en leur donnant le repas du midi produit des résultats appréciables.

Cette opinion est celle de quiconque s'occupe de la question. Decroly et Boulenger dans un rapport présenté en 1905 à la société protectrice de l'enfance insistent fortement sur ce point important de l'internement des arriérés.

Ce régime s'impose d'une façon absolue pour les estropiés. Cela ressort du très intéressant rapport présenté à la province du Hainaut par MM. Pastur et Caty, membres de la députation permanente au sujet de l'érection de l'école des estropiés de Charleroi. Il est question d'annexer un internat ou plutôt une hotellerie à l'école existante.

Grâce à cette mesure se trouveront intimement associés le traitement médical et l'instruction pédagogique. Dans cette voie généreuse où s'est engagée la province du Hainaut, nos voisins d'Outre-Rhin ont déjà fait un long et fructueux parcours; nos voisins du

Sud viennent aussi de décider la chose et tandis que la Hollande, l'Angleterre et les Etats scandinaves la pratiquent depuis longtemps, notre pays, une fois de plus, semble vouloir rester en arrière.

Cependant la chose, avant peu, sera obligatoire. Le gouvernement paraît disposé à établir, comme le prévoit le projet de loi déposé à la Chambre française le 13 juin 1907, des écoles intercommunales pour anormaux. Or le nombre restreint d'anormaux ne permet pas instituer, dans chaque commune, un établissement spécial; de plus, la distance des communes entre elles est un empêchement absolu à la création d'écoles qui ne soient pas des internats. Force sera donc au gouvernement d'établir pour l'enseignement spécial des internats, sous la haute surveillance du ministère des Sciences et des Arts. C'est en effet de ce département que dépend l'instruction publique; ce ne peuvent être des asiles dépendant du ministre de la Justice. Il s'agit non pas d'incurables ou de délinquants, mais bien d'enfants éloignés de la normale et qu'un traitement médico-pédagogique peut ramener plus ou moins rapidement dans le milieu social ordinaire.

Comme l'école, et plus particulièrement l'école pour anormaux, doit être la continuation de la famille de laquelle il convient qu'elle se rapproche le plus; il faut que l'internat soit davantage encore le milieu familial prolongé.

L'établissement ne peut, sous aucun prétexte, revêtir l'aspect si déprimant de tous les pensionnats pour jeunes gens dans notre pays; ce sont casernes, couvents ou prisons dont les longues aîles s'étendent prolongeant leurs couloirs silencieux et froids, leurs dortoirs monotones.

Puisque la chose est à créer, pourquoi ne pas innover et faire de ces futurs centres des agglomérations de villas et de fermes-écoles gaies et pimpantes, aux couleurs vives, où l'air circule à grandes ondes, entrecoupées de jardinets et de futaies. Puisque tout est à faire, le choix pourrait s'orienter vers la campagne où le terrain est peu coûteux, non loin d'un grand centre d'où pourront venir, sans perte de temps, les choses nécessaires urgentes.

Les éducateurs professionnels pourront facilement accéder de la ville voisine, sans grand frais et la situation à la campagne pourra encore créer la ressource de faire des anormaux de bons valets, de bonnes filles de ferme, aptes aux travaux des champs.

La situation au grand air de l'école-pensionnat permettra d'y soigner tous les estropiés guérissables avec une plus grande chance de succès.

La proximité d'une grande ville facilitera l'accès de la colonie aux parents qui trouveront ainsi des communications plus fréquentes entre leur chez-eux et leurs enfants.

PERSONNEL DE L'INTERNAT

Pour créer une situation idéale et rendre utile le fonctionnement de telle colonie, il est nécessaire que le personnel soit recruté avec un soin jaloux. Je le disais, à propos de la classe préparatoire, c'est à la mère de famille que revient telle mission, ici sa présence est encore plus nécessaire; ses soins ne se bornent plus au côté moral, ils s'étendent au côté matériel. Les soins physiques, le plus souvent, sont un complément des soins moraux ou, pour mieux dire, dans un pensionnat, les uns ne se conçoivent pas sans les autres.

Nous portons tout notre vie la marque de l'éducation reçue et de cette première empreinte dépend, d'une façon absolue, le classement en êtres grossiers ou en hommes bien élevés. C'est donc à des personnes vivant de la vie commune, ayant élevé des enfants, aux prises, chaque jour, avec les difficultés ou les joies de l'existence, qu'il convient de confier la mission éducatrice par excellence. Les célibataires sont quelquefois injustes, trop souvent impatients vis-à-vis d'enfants pas toujours aimables; la mansuétude de la mère qui a souffert pour mettre au monde ses enfants, qui a subi toutes les inquiétudes que provoquent leurs maladies, éprouvé des craintes morales pour leur destinée, cette mansuétude maternelle dis-je est la garantie absolue que l'on est en droit de réclamer de ceux qui seront appelés dans de tels établissements.

Quon ne m'accuse pas d'éloigner de l'enseignement spécial, dans ces colonies, la vaillante phalange des instituteurs masculins chez lesquels on rencontre tant de dévouement et d'abnégation. Loin de là, ma pensée; mais que ces instituteurs soient mariés et leurs femmes pourront être appelées aux soins maternels qu'exigera pareille organisation.

Livrer ces colonies à des célibataires c'est créer à nouveau l'erreur du pensionnat où l'enfant est claquemuré sans aucune assistance morale, sans aucune affection. Son cœur se déssèchera bien vite et la haine déjà latente contre la société marâtre qui l'a frappé, s'en augmentera encore.

Enfin, une considération importante c'est le danger de certaines faiblesses de moralité desquelles les gens mariées sont normalement plus à l'abri que les célibataires.

COMITES DE PATRONAGE

Tous les anormaux ne devront pas être soumis au régime de l'internat. Quelques-uns trouveront chez eux un milieu favorable et pour eux la vie familiale est un bienfait. Les parents peuvent, dans ces conditions, continuer la cure après l'école.

C'est à ce but que concourt l'institution de patronages dont les comités s'occupent à placer les enfants sortis de l'école, à les y ra-

mener par des fêtes organisées au local à l'instar de ce qui se fait en Hollande, et de ce qu'a entrepris à Bruxelles à l'école 14, un groupe de généreux philanthropes sous l'impulsion de notre confrère Boulenger.

Si l'enfant a eu une vie agréable à l'école, si déjà il a assisté et participé aux fêtes organisées par le patronage, il sera heureux de revenir dans ce milieu et n'échappera pas à la tutelle de ceux qui l'ont instruit et élevé; il sera l'objet d'un contrôle tutélaire qui écartera les pierres de son chemin et le fortifiera dans la lutte pour la vie. Il ne faut pas oublier que l'anormal ne sera jamais outillé comme un autre pour le combat et qu'il est moral et utilitaire, tout à la fois, de l'aider et de le guider par-delà les frontières de l'école. Celle-ci sera pour lui le phare vers lequel il est nécessaire qu'il ne se tourne jamais en vain, s'il se sent désemparé.

Voilà, esquissé à grandes lignes, l'éducation et l'enseignement pour anormaux, comme je le conçois; voilà comment je vois le but à atteindre.

Le titre de cette communication portait également psychologie des anormaux. Cette psychologie est tellement variable d'anomalie à anomalie, d'individu à individu, qu'il faudrait de longs et longs travaux pour l'éclairer tant soit peu. Bien plus, je pense qu'il ne suffirait pas d'une existence humaine, entièrement appliquée à cette étude pour développer sérieusement ce sujet. Cette étude est encore toute d'expérience et les rares fois que l'on a pu fixer quelques points sont trop connus des spécialistes pour que je me permette d'insister.

CONCLUSIONS

Je termine cet exposé en le résumant en quelque desiderata :

A. L'éducation des anormaux doit commencer dès la crêche;

B. L'enseignement spécial doit être donné dans des écoles autonomes et non dans des classes annexées.

Il comprendra :

1° Une ou plusieurs classes d'observation par école;

2° Les différents degrés primaires avec les modalités exigées pour l'obtention de bons résultats.

3° La gymnastique musicale en fera une des branches principales;

4° Un enseignement manuel constant qui préparera à l'exercice de professions accessibles aux anormaux;

5° Il sera mixte, si faire se peut.

C. A l'école sera adjoint un laboratoire de recherches psychologiques. Un médecin spécialiste y sera attaché, ce médecin aidera le personnel dans son œuvre.

D. Il est urgent, dans les écoles normales, d'instituer des cours

permettant aux futurs éducateurs de se mettre au courant de la méthodologie et de la pédagogie spéciales pour les anormaux.

E. La création d'internats pour anormaux est de haute nécessité.

1° Pour combattre rapidement et efficacement les tares de l'enfance anormale.

2° Pour assurer aux enfants impotents l'instruction et l'éducation auxquelles ils ont droit.

3° Pour répondre au vœu des pouvoirs de créer des écoles intercommunales pour anormaux.

F. L'économat et la direction familiale de ces internats seront confiés à des institutrices, mariées de préférence.

G. Ces colonies seront situées, aussi souvent que possible, à la campagne, à proximité de grands centres.

H. Il sera constitué, à côté de chaque école, des patronages chargés de placer les enfants, leur écolage terminé; ils organiseront des fêtes et des réunions de façon à continuer le contact.

I. Des écoles de l'espèce doivent s'organiser partout, sans retard.

L'ECOLE COMMUNALE DE GAND

Dans l'école d'enseignement spécial pour arriérés établie à Gand par décision du Conseil communal, sur la proposition de M. Deridder, échevin de l'instruction publique, et ouverte à l'enseignement le 3 novembre 1904, nous avons rencontré un terrain d'expérimentation favorable.

Elle a débuté par une classe dirigée par Mme De Rudder-Lawaese, régente de l'école normale de Bruxelles, préparée à sa mission par un stage de plusieurs années dans l'établissement du docteur Decroly, dans la capitale.

Sous peine de blesser sa modestie, je tiens à dire combien ses profondes connaissances pédagogiques et ses hautes qualités éducatrices ont été profitables à notre école. Elle est et elle restera l'âme de l'enseignement spécial qu'elle a aidé à fonder à Gand.

Dès le début, nous nous sommes inspirés des règles générales exposées dans ce rapport et nous avons tenté, avec les moyens réduits dont nous disposions, de nous en rapprocher le plus possible.

Outillés assez pauvrement, nous avons suppléé au manque de matériel spécial par l'application de mille et un objets courants qui se trouvaient à notre disposition, à l'enseignement chez les anormaux. Peu à peu l'outillage s'est complété et perfectionné et aujourd'hui, sans vous présenter un établissement modèle, nous espérons cependant vous montrer que les choses indispensables ne nous font pas défaut.

Pour rendre la fréquentation de l'école attrayante nous avons fait en sorte de garnir nos murailles agréablement, de fleurir les fenêtres et d'égayer les salles le plus possible.

Dans la première classe établie, la classe d'observation, nous avons supprimé les pupitres; les enfants se trouvent rangés autour de tables plates et l'institutrice s'assied parmi eux, tantôt près de l'un tantôt près de l'autre, enseignant constamment tout en paraissant se mêler à leurs jeux.

C'est l'école prolongement de l'intérieur familial. Pendant les heures de récréations, les enfants paraissent livrés à eux-mêmes et jouent sous l'œil vigilant de leurs instituteurs qui savent aussi partager leurs ébats.

Nous proscrivons d'une façon absolue les promenades en cercle, deux par deux, avec conversation à voix basse, forme de récréation, pour ainsi dire, la seule admise dans nos établissements d'instruction primaire.

Non seulement l'hygiène exige que l'écolier courre et crie pour se refaire, mais l'enfant retrouve ainsi une fois de plus la famille prolongée à l'école, seul moyen de rendre agréable la fréquentation scolaire. L'écolier cherchera moins à vagabonder par les rues pour se distraire s'il trouve la joie à l'école; c'est rendre service à l'enseignement que de faire de l'école un endroit aimé de ceux qui y fréquentent.

Nous avons cherché à arriver à ce but en diminuant la durée des leçons théoriques, en les entrecoupant d'exercices de gymnastique rythmée, en permettant les jeux pendant les récréations , en provoquant chaque après-midi de beau soleil les promenades, en organisant des excursions pour toute la journée à la campagne.

Les repas servis le midi à l'école par les soins de l'administration communale et préparés en partie par les élèves jeunes-filles, sous la direction de la seconde de nos institutrices, Mlle Judith De Rudder qui joint à son diplôme d'institutrice primaire, celui d'institutrice ménagère et qui professe avec succès à l'école ménagère communale, sont un attrait de plus pour l'enfant. Ces repas apprêtés soigneusement se composent d'un potage, d'une viande et d'un légume, entrent pour une grande partie dans le traitement hygiénique de la majorité des écoliers, trop souvent privés chez eux du nécessaire. Ils servent à l'éducation ménagère des fillettes; ils sont en outre une école de savoir vivre pour tout ce petit monde qui s'essaie à manger proprement et correctement, sous l'œil attentif de leur institutrice, attablée parmi eux et partageant leur menu.

C'est encore la famille prolongée et améliorée.

A côté des promenades auxquelles nos enfants sont menés, lorsque le temps le permet, chose utile car ils apprennent ainsi à se diriger par les rues et à s'y reconnaître, les douches hebdomadaires améliorent encore leur état de santé, tout en leur enseignant la propreté, qualité qu'il rapportent chez eux par habitude, et qu'ils propagent.

Je disais, dans l'exposé du rapport, que l'internat serait une chose utile. Comme moyen terme la demi-pension est désirable pour

les établissement où s'instruisent et s'élèvent les arriérés. Déjà le repas à l'école nous rapproche de ce desideratum. Cette mesure, réalisable à peu de frais, devrait s'étendre partout où l'enseignement spécial est établi en Belgique.

Des vieillards recrutés parmi les secourus de la bienfaisance publique se chargent, à bas prix, de chercher les enfants dans les différents quartiers de la ville, pour les amener à l'école. Ainsi tombe l'opposition de nombreux parents qui, n'ayant pas les loisirs ou les moyens de conduire leurs enfants à l'école, se refusaient à les y envoyer, par la crainte justifiée de leur faire traverser sans surveillance, les rues d'une ville populeuse.

Le résultat pour l'enfant est considérable; il ne se trouve plus entraîné à faire l'école buissonnière sous l'influence d'un compagnon de route, ou à s'attarder devant un batteleur ou quelqu'autre attraction qui lui fait oublier l'école. Il en prend, au contraire, le chemin quotidien et l'habitude de l'école se fortifie en lui au point que celle-ci lui manque surtout s'il y rencontre ce à quoi il a droit, c'est-à-dire l'instruction et la joie d'une réunion d'enfants de son âge.

Une chose encore éclaircit à l'école de Gand, l'atmosphère par trop scolaire qui règne dans les autres établissements d'enseignement c'est le mélange des sexes. Les enfants s'y sentent mieux en famille, comme entre frères et sœurs.

Le congrè pourra s'en rendre compte lors de la visite dont il honorera l'école.

Nous avons à notre disposition des moyens de récompense familiaux et bienfaisants grâce au concours du comité de patronage féminin, nommé par le conseil communal. Par son intervention, des vêtements chauds et propres sont distribués aux enfants nécessiteux; des jouets le sont également et pour les pauvres et pour ceux auxquels les vêtements ne sont pas nécessaires.

Une société charitable nous permet, en outre, de procurer, sans bourse délier, une séjour à la mer, séjour qui s'est souvent prolongé pendant plusieurs mois. Le Grand Air de Gand n'a jamais refusé de recevoir au sanatorium de Breedene, ceux de nos enfants pour lesquels nous avions sollicité la générosité de son comité directeur. Si celui qui fait la charité se doit à lui-même de taire son acte, il appartient à celui qui en est l'obligé de proclamer sa reconnaissance. C'est ce que je me hâte de faire au nom des enfants de l'école d'enseignement spécial envers tous ceux qui les protègent.

Je n'insiste pas sur les modes d'enseignement employés à notre école, ils ne diffèrent pas de ceux en usage dans les établissements similaires.

J'appelerai seulement l'attention sur la tournure pratique qui a été donné à notre enseignement.

Pour les filles, la chose est en excellente voie.

J'ai eu l'occasion de le dire déjà; on les associe aux travaux du

ménage; le choix des légumes et des viandes, leur nettoyage et leur préparation, l'assistance à la cuisson et tous les actes de la cuisine entraînent les fillettes, sous la direction avisée de Mlle De Rudder, aux occupations futures de la ménagère que complètent, pour la cuisine, le lavage de la vaiselle et sa remise en ordre dans les armoires.

On leur enseigne ensuite la lessive, le rinçage, le séchage et le repassage du linge. Outre les leçons de travaux manuels les fillettes reçoivent des leçons de couture, tant à la main qu'à la machine.

Ces exercices pratiques de la vie de chaque jour leur donnent les bases utiles au rôle qu'elles auront à remplir.

Jusqu'ici, cette partie de l'enseignement n'a pas porté de fruits bien considérables. C'est en effet la première année que l'école est outillée à ce point de vue particulier.

Pour les garçons, notre instituteur, M. Desmuel s'astreint à donner un enseignement pratique général, en développant leur adresse manuelle. Le modelage, le tressage et le cartonnage y figurent au premier rang. Les précieuses indications pédagogiques et pratiques fournies par l'ouvrage bien connu de M. J. Hermanne, professeur à l'école normale de Gand, ont servi de guide en ces circonstances.

Notre instituteur saisit toutes les occasions d'exercer le sens pratique de ses élèves en leur faisant clouer, scier des planches, pendre et dépendre des tableaux; tout cela sans préjudice des petits travaux d'intérieur que chacun est appelé à effectuer chez soi; une brosse et un lait de chaux sert de prétexte à un badigeonnage.

L'école du bois, contiguë à notre établissement, aura bientôt quitté la rue Guinard, nous espérons qu'un banc de menuisier, avec les outils complémentaires, nous sera abandonné pour le plus grand bien de nos élèves. Enfin du terrain des locaux délaissés on fera un vaste jardin de culture dans lequel les élèves garçons pourront se livrer aux travaux du jardinage, s'il le faut, sous la direction d'un employé du service des plantations communales.

On peut remarquer avec combien peu de ressources, grâce au dévouement du personnel enseignant de notre école, nous sommes arrivés à faire œuvre utile.

Il convient de remercier l'administration qui nous aide dans nos efforts et tout spécialement l'inspecteur pédagogique communal, M. Fecheyer, qui porte un réel intérêt à l'enseignement spécial et lui facilite cette indépendance nécessaire aux chercheurs.

Grâce à cette lattitude libérale il nous a été permis de réaliser l'enseignement médico-pédagogique avec fruit; de suspendre quelquefois par un séjour à la mer, ou autrement, l'instruction donnée à l'enfant, pour le reprendre plus tard, lorsque l'examen médical prouve l'utilité de cette reprise; d'orienter l'instruction de l'écolier dans un sens déterminé sans avoir la crainte de voir l'instituteur mis en demeure de diriger sa classe suivant les méthodes pédagogiques ordinaires.

Le complément de l'école de Gand est la constitution d'un comité de patronage de dames au nombre de cinq, nommées par le conseil communal.

Le comité a une action directe sur les enfants; non seulement il leur vient matériellement en aide, mais il les soutient moralement. Ces dames intercèdent, le cas échéant, auprès des patrons qui pourraient avantageusement employer les enfants à leur sortie de l'école.

On trouvera plus loin la liste des élèves sortis et des métiers auxquels ils sont employés.

Plusieurs ont été perdus de vue.

Ceci ne se représentera plus à l'avenir. Les installations qu'occupent les salles de l'école de la rue Guinard, auront disparu avant quelques mois, par suite du transfert de l'école Nicaise en un autre point de la ville.

On trouvera dans les locaux très étendus qui seront adjoints à notre école, les places suffisantes pour la création du patronage, supplément absolument nécessaire de l'enseignement spécial.

C'est une œuvre post-scolaire de la première utilité.

L'établissement d'une bibliothèque, l'organisation de fêtes et de réunions auxquelles seront conviés régulièrement les élèves et anciens élèves de l'école, rendront assidue la fréquentation du local. On conservera ainsi toujours sous la main les anciens que l'on suivra dans la vie et la tutelle morale nécessaire ne leur manquera jamais.

Un bureau de renseignements y sera établi et si, après plusieurs années déjà, il est utile, le comité de patronage saura efficacement venir en aide en plaçant et en guidant les anormaux d'autrefois.

Aujourd'hui encore l'école ne peut être considérée que comme un embryon. Nous n'avons pas cherché à la surpeupler et nous croyons avoir agi sagement.

Quand nos locaux seront suffisants, quand l'œuvre sera ébauchée et que son organisation permettra d'assurer une marche régulière et parfaite, quand nous pourrons, non plus espérer, mais affirmer la réussite, nous serons en droit de réclamer des pouvoirs les ressources suffisantes pour former dans notre ville industrielle, une école d'enseignement spécial capable de subir la comparaison avec celles du pays et de l'étranger.

Dans cinq ans la ville de Gand a l'ambition de convier le monde commercial, artistique et scientifique à une exposition universelle.

Nous comptons alors soumettre à votre critique une école modèle d'enseignement spécial; nombreuse et richement outillée, dirigée par un personnel préparé non seulement par la théorie, mais aussi par la pratique .

Nous espérons qu'un laboratoire sérieusement installé permettra aux pédagogues, aux psychologues et aux médecins d'y faire des re-

cherches approfondies et d'y accomplir des travaux, glorieux pour la science, utiles pour l'humanité.

Dans cet ordre d'idées il nous aura été agréable de vous présenter l'école d'aujourd'hui et de vous fixer rendez-vous en 1913, pour que vous puissiez vous assurer de ce que peuvent l'ardeur et la bonne volonté de quelques uns, lorsqu'ils sentent leurs efforts soutenus par ceux qui ont charge de le faire.

L'ENSEIGNEMENT SPECIAL EN BELGIQUE

Ce fut sous l'inspiration du professeur J. Demoor, de l'Université libre de Bruxelles, que l'enseignement spécial pour enfants arriérés en Belgique se fonda à Bruxelles en avril 1897.

L'inspection scientifique de l'école fut confiée au docteur Demoor, auquel on adjoignit bientôt les docteurs Daniel, Decroly et Boulenger.

L'enseignement spécial dans la capitale comprenait l'an dernier trente-cinq classes, distribuées comme suit :

A. *Garçons*. — Ecole n° 7, six classes, 210 élèves; école n° 10, trois classes, 91 élèves; école n° 14, onze classes, 210 élèves; école n°18, deux classes, 67 élèves. Soit vingt-deux classes avec 578 élèves.

B. *Filles*. — Ecole n° 3, cinq classes, 95 élèves; école n° 8, trois classes, 52 élèves; école n°16, cinq classes, 66 élèves. Soit treize classes avec 213 élèves.

Donc une population totale de 791 enfants divisés en 35 classes, ce qui représente une moyenne de 22 élèves par classe.

Une commune de l'agglomération bruxelloise, Molenbeek-Saint-Jean, comprend également trois classes annexées à l'école n° 7, avec 97 élèves; un médecin du service communal des écoles est attaché à l'établissement.

Trois instituts privés complètent l'enseignement pour arriérés à Bruxelles et dans les environs.

1° L'Institut d'enseignement spécial, dirigé par le docteur Decroly, rue de la Vanne, 47, à Bruxelles;

2° L'institut médico-pédagogique au château de Marly, à Neder-over-Heembeek, près Bruxelles;

3° Institut du Saint Enfant Jésus (institut pédagogique), dirigé par les Sœurs du Saint Enfant Jésus, avenue Maurice, Ixelles.

La seconde ville de Belgique qui inscrivit à son programme pédagogique l'enseignement spécial fut Anvers.

Fondée en novembre 1899, l'école 21 pour garçons arriérés comprenait trois classes et bientôt cinq. La direction médicale en fut confiée au docteur Ley et la direction administrative à M. Delaet;

depuis, le docteur Ley, appelé à la direction de l'hospice du fort Jaco à Uccle, fut remplacé dans ses fonctions par le docteur Gunzburg.

Cette année, une école de filles comprenant trois classes a été annexée à l'école n° 1.

Plus de cinq cents garçons ont passé par les classes de l'école d'enseignement spécial depuis sa fondation; ; la plupart y ont séjourné plusieurs années.

L'administration communale gantoise ouvrit à son tour une école spéciale le 4 novembre 1904. La direction médicale fut confiée au docteur Dupureux, déjà inspecteur médical scolaire. Jusqu'ici il n'y a pas de direction pédagogique.

Cette école comprend trois classes par lesquelles 121 élèves ont passé dont 70 garçons et 51 filles, car l'école est mixte.

A la clôture des cours en juillet dernier, 50 enfants fréquentaient l'école dont 33 garçons et 17 filles.

45 enfants sont retournés dans les écoles ordinaires: 25 filles et 20 garçons.

23 ont quitté définitivement l'école pour embrasser les carrières suivantes: trois garçons bouchers, un jardinier, un cordier, un sellier, un ouvrier de fabrique, cinq garçons de course.

7 filles sont rentrées dans leur famille pour se livrer aux travaux du ménage, deux sont ouvrières de fabrique.

Deux garçons ont été internés au Strop, un à l'hospice Guislain.

Nous avons pu nous renseigner sur la plupart des enfants sortis de l'école et placés en ville, presque tous remplissent leurs occupations à la satisfaction de leurs maîtres.

Au point de vue instruction, les résultats obtenus tant à Bruxelles qu'à Anvers et à Gand, sont des plus encourageants; un tiers, en moyenne, acquiert, après quatre à cinq années d'études les notions élémentaires nécessaires à la vie sociale.

Au point de vue éducatif, le résultat est plus heureux encore; la plus grande partie des arriérés s'élève d'une façon suffisante à devenir apte à gagner son pain.

ŒUVRES CIRCA-SCOLAIRES

A côté des écoles se sont élevées des institutions de protection et d'études.

Déjà nous avons cité la *Société de protection de l'enfance anormale*. Elle prit son origine dans la première école d'enseignement spécial du pays, l'école n° 14 à Bruxelles. Elle s'honore d'avoir à sa tête, en qualité de président, M. Jules Le Jeune, Ministre d'Etat.

Chaque enfant sorti, après études complètes, est pourvu d'un

parrain ou tuteur, qui s'occupe spécialement de le soutenir et de le guider.

Une remarque pratique provoquée par cette tutelle est qu'il vaut mieux diriger les arriérés vers les professions d'assez long apprentissage que vers les métiers qui permettent un gain relativement rapide. Ceux-ci étant moins stables découragent vite, par suite des hauts et des bas qu'ils présentent, des esprits peu constants et poussés au changement.

La période actuelle toute de tâtonnement et de recherches ne permet pas d'établir dès maintenant la meilleure voie à suivre. Quelques années de sérieuse observation sont nécessaires pour aboutir.

A Anvers existe une section de la dite société qui poursuit le même but.

A Gand le comité de dames patronnesses attend que ses moyens de propagande lui soient complétés pour entrer dans la même voie.

Il est constitué à Bruxelles en 1906 la *Société de pédotechnie* où l'on étudie toutes les questions relatives à l'enfance anormale. Ses publications sont des plus intéressantes, ses travaux des plus remarquables.

A Anvers, sous l'impulsion du docteur Schuyten en 1900, fut fondée la « *Pædagogisch Gezelschap* » qui travaille avec honneur et dont les publications nombreuses sont hautement côtées dans les mondes pédagogique et scientifique. Elle publie un bulletin intitulé: *Pædagogisch Jaarboek*

A l'école d'Anvers a été adjoint tout récemment un musée de méthodologie se rapportant à l'enseignement spécial.

En 1903, se constitua à Gand une section de la *Pædagogisch Gezelschap* d'Anvers. A l'exemple de son aînée, elle travaille avec ardeur et profit pour ses associés.

Les travaux de ces différents centres d'action présentent un réel intérêt; il serait curieux de les réunir et de prouver l'intelligente activité qui anime ceux qui s'occupent de la question des arriérés.

La psychologie y tient une place aussi grande que la pédagogie et les éducateurs qui forment la grande masse de ces noyaux scientifiques prouvent par leurs recherches la nécessité de l'adjonction de la psychologie pratique aux programmes des écoles normales.

Enfin au laboratoire annexé à l'école des arriérés de Gand se poursuivent des recherches psychologiques sous la direction savante du professeur Van Biervliet.

Nous aurions voulu vous apporter aujourd'hui notre contribution personnelle à l'étude de certains faits d'observation psychologique à notre école; mais les faits ne nous ont pas paru suffisamment étudiés pour être portés dignement devant vous. Nous réservons cette communication pour plus tard.

CONTRIBUTION BELGE AUX ECRITS SUR LES ANORMAUX

Je crois non dénué d'intérêt en terminant cette rapide revue de la situation de l'enseignement spécial en Belgique, de réunir les titres des principaux ouvrages édités en Belgique ou écrits par des Belges sur la question des anormaux. J'en omettrai certainement. Je demande aux auteurs que j'aurais oubliés de me le pardonner et de rectifier à l'occasion.

Principaux ouvrages et brochures écrits en Belgique ou écrits par des Belges

Dr J. Demoor. — Die anormalen Kinder und ihre erziechliche Behandlung in Haus und Schule (1901).

Dr Ley. — L'arriération mentale (1904).

G. E. Shuttleworth. — Les enfants anormaux au point de vue mental. (Traduction de Ley 1904.)

Drs M. Boulenger et N. Ensch. — La lutte contre la dégénérescence en Angleterre (1905).

Dr Decroly. — La classification des enfants anormaux (1905).

Ley, Christiaens, Demeulemeester, Dezutter, Jaecks et Van Deun. — La collaboration du médecin et du pédagogue à l'école (1906).

A. Levoz. — L'éducation médico-pédagogique dans les écoles de bienfaisance de l'Etat. (1907).

T. Jonckheere. — Notes sur la psychologie des enfants arriérés (1903).

Dr J. Demoor. — Les enfants anormaux et la criminalogie (1899).

Dr J. Demoor. — Les enfants anormaux (Syllabus, 1900).

Dr Ley — Les enfants anormaux (Syllabus 1900-1901).

Drs J. Demoor et G. Daniel. — Les enfants anormaux à Bruxelles (1901).

G. Rouma. — La parole et les troubles de la parole (1907).

A. Herlin. — Eléments d'orthophonie.

Société protectrice de l'enfance anormale. — Rapports annuels, publications et bulletin trimestriel.

Pædagogisch Gezelschap, d'Anvers. — *Pædagogisch Jaarboek*, 1900-1908.

Premier Congrès international d'éducation et de protection de l'enfance (Liége, 1905). Section III : Enfants anormaux (Rapports et compte rendu des séances).

IVe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie

—

Gand, 26 et 27 septembre 1908

—

La séance d'ouverture de notre IVe Congrès national a eu lieu à l'Hôtel-de-Ville de Gand, le samedi 26 septembre, devant une assemblée nombreuse; indépendamment des notabilités médicales psychiatriques et neurologiques belges, on remarquait MM. Deny, Antheaume, Dupré, Durante, Roubinovitch, Blondel (de Paris), ainsi qu'un psychiâtre roumain. Au bureau siégeaient M. de Latour, délégué du ministre de la justice; MM. Sano et Ley, présidents du Congrès; M. Decroly, secrétaire général.

M. LEY prononce le discours d'ouverture, dont le sujet est :

De la prophylaxie des maladies mentales et nerveuses

MESSIEURS,

Parmi les apanages d'un président de congrès, il en est un qui m'a toujours semblé précieux; c'est d'être autorisé, dans son discours d'ouverture, à sortir quelque peu des limites rigides de la clinique et de l'expérimentation, et de pouvoir aborder sans trop d'appréhension, le côté social et philosophique des problèmes qui se posent chaque jour à l'esprit du psychiâtre attentif.

C'est ainsi que je me permettrai de vous esquisser la question si importante de la prophylaxie des maladies nerveuses et mentales, en insistant sur ses rapports avec l'éducation familiale et scolaire.

Bien des psychiâtres et des neurologues, et non des moindres, ont dans ces dernières années ont publié des travaux sur cette question; je veux citer entre autres Forel, Ballet, Weygandt, et rappeler la belle étude d'ensemble que Grasset publia l'an dernier dans la *Revue des Idées*. Vous avez aussi tous présent à la mémoire, l'effort accompli au Congrès de Milan, en 1906, lorsque fut fondé le Comité International d'études pour rechercher les causes des maladies mentales et nerveuses, et les enquêtes si importantes entreprises en Angleterre sur les causes de la détérioration humaine; ces dernières nous furent bien rapportées par Ensch et Boulenger.

Ce n'est pas devant vous que je veux m'étendre sur l'étiologie générale des affections du système nerveux. J'attirerai seulement votre attention sur un chapitre nouveau que les auteurs et les chercheurs anglais ont le mérite d'avoir ajouté à nos connaissances sur ce sujet. C'est l'étude, par voie d'enquête, des causes *sociales* de la dégénérescence.

Chacun d'entre nous a eu l'occasion de se préoccuper souvent de cette masse diversifiée de névropathes, de cette armée d'insuffisants et d'irréguliers, qui tombent si fréquemment dans le vagabondage et la criminalité, de cette quantité de déséquilibrés, de neurasthéniques, de psychasthéniques, d'obsédés et d'impulsifs, qui traînent par le monde leur aboulie,

leurs phobies, leur nuisance et souvent leur immoralité. La collectivité intervient parfois envers eux, mais ce n'est que lorsqu'un délit est commis; ce sont eux qui peuplent les asiles, les prisons, les dépôts de mendicité et les maisons de correction. Ils constituent à charge de l'Etat un budget formidable, une dîme régulière et fatale, prélevée sur le travail utile du corps social tout entier, sans compter les innombrables misères morales, les souffrances et les pertes matérielles que dans leur milieu ils infligent à leurs proches.

C'est ce budget matériel et moral que notre grand Quetelet signalait dans sa « *Physique sociale* » et dont il disait, se basant sur l'éloquence irrésistible de faits accumulés, qu'il importe de s'attacher à le réduire.

Il est certain que suivant nos préoccupations scientifiques, notre matériel clinique, notre champ d'observation et nos idées philosophiques, la conception que nous nous faisons de la lutte contre les maladies mentales et nerveuses sera bien différente. Nous entendons régulièrement, par exemple, des médecins, et des personnes d'esprit dintingué, soutenir que la mise à mort, dès leur naissance, des dégénérés profonds est un moyen très recommandable de prophylaxie. Le vieux procédé spartiate de l'exposition sur le mont Taygète aurait eu en eux des partisans. On les embarrasse souvent cependant en leur demandant qui désignera les victimes et quel sera le critérium employé.

De même nous devons considérer comme d'application difficile la castration de certains sujets, la stérilisation par un procédé radiologique, la défense du mariage, et d'autres mesures prohibitives du même genre. Sans vouloir repousser ces interventions de façon systématique, nous devons les considérer comme prématurées; nos connaissances scientifiques ne sont pas suffisamment précises au sujet de leur influence physiologique, pour oser les généraliser.

Nous devons reconnaître d'ailleurs que nous possédons peu de documents précis pour établir les règles d'une prophylaxie scientifique contre les maladies mentales et nerveuses. Ces documents doivent être le fruit de longues et laborieuses enquêtes, et le Comité international fondé à Milan nous éclairera sans doute au sujet des causes de ces maladies. Mais le problème est brûlant; chaque jour, nous constatons les nuisances et les méfaits de l'armée des névropathes et des dégénérés, et il est bien permis de chercher à établir sur des données empiriques, et dans un but de préservation sociale, un plan de combat, que les enquêtes ultérieures perfectionneront sans doute.

Les moyens principaux à opposer actuellement, à notre avis, à la propagation des maladies mentales et nerveuses se classent comme suit :

En premier lieu, l'instruction du public au sujet de ces maladies et la diffusion des règles de l'hygiène nerveuse et mentale.

En second lieu, l'éducation et l'utilisation sociale des dégénérés, et en troisième lieu, la réforme de l'éducation de l'enfance et de la jeunesse, tant familiale que scolaire.

*
* *

L'instruction du public s'est montrée, dans les divers domaines de la prophylaxie nosologique, d'une réelle efficacité. Devons-nous rappeler ses succès récents dans la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, la mortalité infantile?

Elle doit porter, pour la question qui nous occupe, sur les problèmes de l'hérédité psychopathique, dont elle doit indiquer les dangers. Il est nécessaire de préconiser des mariages plus rationnels, dans lesquels les médecins des familles auront le pas sur leurs notaires, et de montrer que l'état de santé et les aspirations mutuelles des fiancés doivent passer avant les questions d'argent, sous peine de voir se produire la procréation d'éléments inférieurs et tarés, et les drames moraux auxquels nous assistons si fréquemment, et dont la répercussion sur le psychisme et les fonctions nerveuses des individus est trop souvent néfaste.

Est-il concevable que le public ignore que les affections graves du système nerveux, que les psychoses et l'épilepsie sont des contre-indications formelles au mariage et surtout à la procréation? L'éducation du public doit se faire par voie de conférences, de brochures, de livres; les universités populaires me semblent appelées à y jouer un grand rôle. Il est nécessaire aussi de détruire ce préjugé que le mariage est favorable à la guérison de l'hystérie; on contribuera ainsi à diminuer le nombre des misères morales causées par cette conception erronée, si répandue, même dans le public médical.

Nous considérons aussi que dans les unions de psychopathes avérés, la pratique des moyens anticonceptionnels doit entrer pour une part importante dans la prophylaxie des affections nerveuses et mentales, et que le médecin est souvent, à cet endroit, coupable de négligence en laissant des dégénérés et des névropathes se reproduire sans mesure ni contrôle.

A cette éducation du public se rattache évidemment la lutte entreprise contre les divers facteurs de la dégénérescence et en particulier contre la syphilis et l'alcoolisme. Il est important, dans la question de la lutte contre l'alcool, qu'il se forme une avant-garde de convaincus, qui prêchent d'exemple et refusent systématiquement d'absorber des boissons dont l'effet final est de diminuer, même à doses minimes, le rendement de la machine humaine.

* * *

L'éducation des dégénérés doit se placer aussi au premier rang de nos préoccupations. De même que nous ne pouvons pas concevoir la mise à mort des faibles et des mal venus, admise comme une mesure de préservation sociale, de même nous ne pouvons plus admettre aujourd'hui leur abandon par la société.

L'organisation de plus en plus parfaite, dans tous les pays, d'instituts, d'asiles, d'écoles, de colonies, pour tous les grades de l'infériorité et de l'irrégularité mentales montre que les préoccupations à ce sujet répondent à une nécessité sociale.

L'orientation nouvelle de la médecine scolaire est à noter aussi dans

cet ordre d'idées. Le médecin d'école ne se contente plus d'inspecter les conditions hygiéniques pures des locaux et de faire la prophylaxie des maladies contagieuses, il devient le collaborateur du pédagogue dans l'œuvre éducative; il cherche à dépister de façon précoce les tares mentales et nerveuses des enfants, et prescrit, dans certains cas, une éducation spéciale. Et comme actuellement, dans presque tous les pays civilisés, l'instruction est obligatoire, on arrive à faire subir à tous les jeunes sujets la sélection efficace d'un examen médico-psychologique.

Lorsqu'on a passé, comme médecin, quelques années dans un établissement pour enfants arriérés et irréguliers, on acquiert la conviction profonde que c'est l'éducation de ces jeunes dégénérés qui seule peut préserver le corps social de leur nuisance, soit en les rendant capables de remplir un rôle utile dans le monde, ce qui n'est pas rare, soit en les utilisant à un travail manuel dans un milieu approprié, hétéro-familial de préférence.

Cette éducation ou cette rééducation des dégénérés constitue en elle-même une réelle prophylaxie, et il est bien regrettable de voir encore actuellement la prison et la maison de correction englober une foule de sujets, que par une fausse conception de leur mentalité on n'a pas reconnus comme anormaux.

Le danger, c'est que la prison, peine ridicule et uniforme, qui peut difficilement prétendre avoir jamais amélioré quelqu'un, est donnée à terme et qu'au bout du temps fixé, l'individu est libéré sans qu'on s'inquiète d'ailleurs de savoir si une amélioration s'est produite. Ainsi le veut le dogme juridique codifié.

A cette conception d'un autre âge, nous devons opposer comme répondant d'une façon à peu près idéale aux réalités physiologiques et aux nécessités de la préservation sociale, celle qu'on applique aux Etats-Unis, dans la belle institution d'Elmira, sous le nom d' « *indeterminate sentence* ». Les jeunes délinquants ne sont plus condamnés à terme, mais doivent séjourner dans un établissement pénitentiaire possédant des ateliers divers où on les rééduque, et d'où ils ne sortent que lorsqu'ils peuvent prouver qu'ils se sont améliorés et qu'ils peuvent gagner leur vie par le travail.

* * *

La réforme de l'éducation actuelle suivant une base plus rationnelle et plus physiologique est aussi un puissant moyen de lutte contre les affections nerveuses, principalement contre les psycho-névroses.

Un grand nombre de psychasthéniques, d'obsédés, de neurasthéniques, d'hystériques, sont des mal éduqués; leur développement physique fut négligé, leur milieu fut souvent névropathique, leur culture intellectuelle est restée vague, purement verbale et non basée sur des réalités tangibles; leur éducation manuelle surtout a souvent été négligée de façon complète, et lorsque ces malades doivent être rééduqués ou doivent s'occuper manuellement par prescription thérapeutique, on est tout étonné de constater leur incapacité absolue en ce domaine.

Beaucoup d'entre eux sont victimes d'un mysticisme éducatif trop accentué; jamais, sauf sous forme verbale, ils n'ont eu de notions précises sur les phénomènes naturels. Dès leur enfance, les fables et les contes ont nourri leur cerveau, et la soi-disant éducation intellectuelle de leur adolescence a porté trop souvent sur ce monde supra-sensible et vicieux, où l'on voit apparaître des dieux et des demi-dieux, des nymphes énamourées et des bergers homosexuels, le tout agrémenté de dialogues entre les fantômes de grands hommes morts depuis des centaines d'années. Il est probable que chez des esprits sains et bien équilibrés, chez les forts, l'influence de ces divertissements gréco-latins sera seulement de les ennuyer et de leur faire perdre un temps précieux, mais la trop grande importance accordée à ces sujets peut contribuer à provoquer et à entretenir, chez les faibles, cette tendance maladive à vivre dans un monde de rêve, irréel et nébuleux; ce sont eux qu'on voit verser souvent dans l'occultisme et le pratiquer avec une passion véritablement dangereuse par les émotions qu'ils en ressentent et qu'ils recherchent. C'est dans l'éducation trop peu réelle et trop métaphysique qu'il faut chercher aussi la cause de cette réceptivité si grande à la superstition qu'on s'étonne parfois de rencontrer chez des gens fort cultivés.

Mais c'est le domaine de la volonté surtout que l'éducation familiale et scolaire néglige à notre époque. Ici encore, les mieux organisés cérébralement, les « forts », exercent et développent leur volonté par leurs seules énergies, au contact même de la vie, malgré la pédagogie dépressive et les fautes d'hygiène commises dans la direction de leur développement physico-nerveux. Mais gare aux faibles et aux prédisposés, et ils sont nombreux.

Il nous apparaît à tous, sans conteste, que la majorité de nos malades névropathes sont des alcooliques, n'ayant jamais su vouloir, n'ayant sur eux-mêmes qu'un pouvoir et un contrôle restreints. Et certes ici, le remède préventif ne peut être donné que par une éducation bien comprise.

Aussitôt que possible, l'enfant doit être amené à se débrouiller seul; il est mauvais de lui faire la vie trop facile, de lui éviter toutes les petites difficultés. Il est déplorable de constater combien les suggestions empiriques, mais vraiment géniales des Rabelais, des Montaigne, des Rousseau, des Pestalozzi sont restées pratiquement lettre morte pour la majorité du public et aussi, à cause de notre organisation scolaire, pour la plupart de nos pédagogues.

On trouve la réalisation pratique d'un plan rationnel et moderne d'éducation dans quelques écoles célèbres, qui placent au premier plan le développement de la volonté et le respect de la personnalité de l'enfant : ce sont l'école d'Abbotsholme en Angleterre, l'école des Roches en France, et les Landerziehung-heime en Allemagne et en Suisse. Les principes de ces écoles ont vraiment pour but le développement de l'initiative personnelle, le *self help*. La vie y est réglée et occupée du lever au coucher; les travaux et les exercices corporels sont combinés aux travaux intellectuels, esthétiques et moraux. Les enfants y sont très libres; chacun y a sa responsabilité et tous travaillent à l'organisation et concourent à la discipline de l'école. Ils font des voyages fréquents toujours combinés à une instruction intéressante.

La plaie des concours et des examens, si souvent néfastes au système nerveux, n'existe pas.

Le régime alimentaire et le repos physique et nerveux des enfants sont l'objet d'une surveillance et de règles spéciales. Leur endurcissement au froid est pratiqué progressivement, on les exerce à affronter le mauvais temps, à accomplir des efforts; les travaux corporels employés à cet effet poursuivent tous un but utile.

C'est par ces moyens, par une vie un peu rude, par la pratique des vertus physiques, par l'abstinence alcoolique et celle des excitants en général qu'on peut arriver à donner à la volonté un développement normal et fort. Cette éducation, qui n'exclut pas du tout une culture intellectuelle correspondant à celle de nos athénées et gymnases, est surtout à recommander chez les prédisposés aux névropathies, tant à cause de l'arme merveilleuse qu'elle constitue pour leur développement, que par le fait qu'elle implique le séjour dans un milieu hétéro-familial.

Il n'y a souvent, en effet, de pires ennemis de l'enfant névropathe que ses parents, qui le gâtent, l'élèvent dans une athmosphère d'émotivité exagérée et sèment en lui, de façon certaine, tous les germes des névroses.

C'est donc vers l'éducation des névropathes, et aussi des normaux, que le neurologue et le psychiâtre doivent tourner leurs regards attentifs.

Cette question leur appartient, au moins dans ses principes, et c'est avec joie que nous avons vu nos Congrès belges et nos réunions scientifiques s'occuper de l'éducation, des tests mentaux, de la pédologie, de l'amélioration des anormaux.

Dans tous les domaines de la thérapeutique mentale et nerveuse, ce sont actuellement les procédés d'éducation et de rééducation qui priment. Leur emploi délicat et difficile demande tout notre labeur patient, toute notre attention, et la psycho-thérapie contemporaine n'en est en somme qu'une application.

C'est une des conquêtes de l'esprit moderne d'avoir montré ce que peut faire, même chez les êtres les plus déshérités, une éducation physiologique. Nous n'en sommes plus à croire à la toute puissance fatale des lois héréditaires. Si nous n'avons pas non plus la foi métaphysicienne du grand penseur Leibnitz, qui disait avec sa belle confiance dans la « table rase » qu'était l'enfant à sa naissance : « Donnez-moi l'éducation des enfants et je changerai la face du monde », nous avons cependant la conviction fortifiée d'expériences et d'observations nombreuses qu'une direction éducative bien conduite constitue le moyen le plus puissant de modifier les natures névropathiques.

***

Après ce discours, très applaudi, les travaux du Congrès commencèrent. (Voir *Journal de Neurologie*, rapports Steinhaus et Dupureux, nos 16, 17, 19 et 20.)

Pendant ces deux journées de travail consciencieux, les congressistes ont trouvé le temps de visiter différents établissements scientifiques; ils

ont tenu une séance à l'Ecole spéciale pour enfants anormaux, créée par l'administration communale de Gand, sous la direction du Dr Dupureux. Les visiteurs ont assisté aux leçons données à ces débiles par des institutrices aussi dévouées qu'expertes. L'impression fut excellente et cette leçon de choses, si simplement et si loyalement faite, a converti bon nombre d'assistants qui se montraient encore sceptiques en ce qui concerne l'éducation des enfants anormaux. On parcourut ensuite la section pour idiots et imbéciles annexée à l'asile du Strop; là, l'impression fut moins favorable : on y vit des centaines d'enfants grouillant dans des cours. L'instruction spéciale est, nous dit-on, donnée à ces malheureux selon les dernières données de la science; quoi qu'il en soit, on peut dire que le développement physique devrait y être plus soigné, plus scientifique, plus biologique. Il y a, dans cette section, de quoi créer toute une école complète, un institut tout entier.

La visite de l'hospice Guislain fut faite sous la conduite de notre distingué confrère le Dr Demoor. Cet asile, type de l'établissement idéal au temps où Guislain en fournit les plans, est actuellement un institut vétuste, dont l'intérêt scientifique est nul. Cet asile contient des richesses scientifiques; les congressistes ont beaucoup admiré un type parfait de microcéphale, bien supérieur à ceux que Barnum nous a exposés sous le nom d'Astèques.

Le Congrès s'est terminé au nouvel établissement de Melle-lez-Gand, où notre distingué confrère M. Duchâteau fit les honneurs de la réception. Ce bel asile comprend trente-deux pavillons séparés, entourés de jardins spacieux; il constitue ce que nous avons actuellement de mieux en Belgique comme installations. Il est permis d'espérer que ce bel exemple sera suivi et que, bientôt, d'autres établissements auront à cœur de transformer leurs antiques bâtiments en pavillons clairs, aérés et riants, analogues à ceux de Melle; et quand on dit antiques, cela signifie surannés, non seulement par l'époque à laquelle ils ont été construits, mais surtout en égard au plan de leur architecte; nous possédons, en effet, en Belgique, des « casernes-prisons » toutes modernes, qui ne valent guère mieux que celle construite par Guislain.

Le Congrès se clôtura brillamment après avoir fixé à Mons le siège de la session de 1909.

CROCQ.

... et Cie, PARIS.



LE CONGRÈS DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE GAND
(26-28 Septembre 1908)

TRAVAUX ORIGINAUX

Réactions pupillaires provoquées par la lumière agissant sur un œil amaurotique

par le Dr BOUCHAUD (Lille)

Les réactions pupillaires dont il s'agit ont été constatées chez un de nos malades, dont l'observation a été publiée en 1906 dans le *Journal de Neurologie* (1).

Ce malade eut dans sa jeunesse une blennorragie sans accidents syphilitiques apparents, mais plus tard, à l'âge de 40 ans, il fut atteint de céphalalgie, d'ictus apoplectiforme, d'une paralysie de tous les muscles de l'œil droit et d'une atrophie de la papille avec perte complète de la vue du même côté.

Grâce à un traitement spécifique, il fut possible de guérir la paralysie, mais la lésion du nerf optique ne put être améliorée.

Il existait alors des réactions pupillaires anormales, que nous avons négligé de signaler, à cause du désaccord qu'elles présentaient avec les faits connus et les données de la physiologie. Mais Del... s'étant présenté récemment à la consultation et ayant constaté que les troubles pupillaires sont encore manifestes, nous pensons qu'il y a quelque intérêt à les faire connaître.

Le malade se plaint d'avoir des attaques apoplectiques, dont la fréquence et la durée sont variables ; il en a de une ou deux par jour à deux par mois, et la dernière a duré deux heures. Elles sont toujours suivies d'un étourdissement prolongé et parfois elles s'accompagnent d'incontinence d'urine et des matières fécales.

Son intelligence est obtuse, sa mémoire est affaiblie et il éprouve des maux de tête, qui se font sentir surtout la nuit.

La guérison de la paralysie des muscles de l'œil se maintient ; la chute de la paupière supérieure n'a pas reparu et les mouvements du globe oculaire paraissent normaux.

La vue est excellente à gauche ; à droite, elle est complètement abolie, le malade n'est plus en état de distinguer la lumière la plus vive, celle d'un rayon de soleil, de l'obscurité la plus profonde et, à l'examen ophtalmoscopique, le Dr Thilliez découvre une atrophie de la papille, consécutive à une névrite optique.

La pupille droite est légèrement dilatée et un peu plus grande que celle du côté opposé. Ses mouvements sont en rapport avec ceux de la pupille gauche, quand celle-ci est soumise à l'influence de la lumière et lorsque le malade regarde un objet plus ou moins éloigné (réaction consensuelle).

Lorsque l'œil gauche est fermé, le malade ne peut plus se représenter mentalement un objet dans l'espace ; la pupille reste immobile si on dit de regarder un objet proche ou éloigné et le globe de l'œil ne peut être dirigé à volonté dans divers sens.

Si, l'œil gauche étant toujours fermé, l'œil droit est exposé à un rayon

(1) *Journal de Neurologie*, n° 21, 5 novembre 1906.

lumineux un peu intense, on s'aperçoit que la pupille de cet œil se contracte; le même phénomène se produit en même temps à gauche, si l'œil de ce côté est ouvert.

Ces réactions ont été observées par le Dr Thilliez et par le Dr Dujardin, qui, après avoir donné des soins au malade, au début de son affection, l'a examiné de nouveau.

Outre la céphalalgie, qui est assez vive, il existe un affaiblissement de la sensibilité à la douleur dans la moitié droite de la face. Le sens de l'odorat paraît aboli des deux côtés, le malade ne sent pas l'odeur de l'eau de laurier-cerise. Les sens du goût et de l'ouïe sont bien conservés.

Le réflexe palpébral est normal; les réflexes tendineux des membres supérieurs sont plus prononcés à gauche; aux membres inférieurs, le réflexe rotulien est augmenté du côté droit. Avec le dynamomètre on obtient 2 à droite, 29 à gauche.

Il nous semble difficile de donner une explication satisfaisante des réactions pupillaires anormales que l'on obtient lorsque l'œil droit est soumis à l'influence d'une lumière un peu vive. La perte de la vue étant la conséquence d'une névrite optique et d'une atrophie de la papille, l'action de la lumière ne devrait faire contracter ni la pupille droite ni la pupille gauche.

Déjerine a donné un très bon résumé du mécanisme des réactions pupillaires à l'état normal et de ce qui arrive lorsqu'il existe une atrophie de l'un des nerfs optiques.

A l'état normal, la pupille se contracte sous l'influence d'une lumière vive et elle se dilate quand l'éclairage diminue. Dans ces conditions, l'excitation partie de la rétine et passant par le nerf optique, se réfléchit au niveau des tubercules quadrijumeaux sur les noyaux du moteur oculaire commun (centre photomoteur) et par les fibres pupillaires de ce nerf vient exciter le sphincter de la pupille. La réaction des pupilles à la lumière se fait simultanément des deux côtés (réaction consensuelle), c'est-à-dire que si on éclaire seulement un œil, l'autre étant à l'abri de la lumière, la pupille de ce dernier se contracte ainsi que celle de l'œil éclairé...

Les réactions pupillaires sont bien différentes lorsqu'un des nerfs optiques est atrophié. « Une atrophie d'un seul des nerfs optiques ne détermine ni mydriase ni inégalité pupillaire, mais quand on met l'œil sain à l'abri de la lumière, la pupille de l'œil amaurotique se dilate et la réaction consensuelle, partie de cet œil, ne se fait plus, tandis qu'elle est conservée lorsque la réaction a pour point de départ l'œil qui voit.»

Chez notre malade, dont l'œil droit est amaurotique par le fait d'une névrite optique et d'une atrophie de la papille, il n'existe pas de mydriase, la pupille du côté malade est cependant un peu plus dilatée que l'autre.

Comme c'est la règle, la pupille droite se contracte ou se dilate, en même temps que la pupille gauche, quand celle-ci se modifie sous l'influence des causes qui agissent sur un œil sain (réaction consensuelle), mais ce qui est exceptionnel, l'éclairage de l'œil malade

provoque une contraction pupillaire du côté droit et du côté gauche.

Ces réactions pupillaires pourraient faire croire à l'existence de l'état pathologique que l'on désigne sous le nom d'hippus, qui est caractérisé par un changement continuel et rapide de la largeur de la pupille placée en face de la lumière. Mais chez notre malade on n'observe rien de semblable, ni la pupille droite ni la pupille gauche ne présentent cette instabilité, ces changements continuels et rapides sous l'influence de la lumière.

On pourrait supposer que les fibres nerveuses qui partent de la rétine et se rendent aux centres visuels sont interrompues et que celles qui se rendent aux centres moteurs des pupilles sont intactes, mais cette hypothèse ne paraît pas vraisemblable.

XVIIIe Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

—

DIJON, 3-10 AOÛT 1908

—

(Suite)

A. Névralgies de la face

En tenant compte des derniers travaux et en complétant nos premières recherches en ce qui concerne notamment les névalgies aiguës, celles dont Trousseau disait justement qu'elles guérissent vite et facilement, nous distinguerons des névralgies de cause périphérique, des névralgies de cause radiculo-ganglionnaire correspondant aux névralgies centrales de notre premier mémoire, et enfin des névralgies d'origine proprement centrale, hystérique ou épileptique.

I. Névralgies faciales d'origine périphérique

Cette catégorie comprend des névralgies liées à une cause siégeant dans l'un quelconque des organes où se ramifient les terminaisons de la cinquième paire : dents, muqueuses de la bouche, du nez, des sinus maxillaires ou frontaux, conjonctive et voies lacrymales.

Dans un premier cas, il s'agit de manifestations névralgiques passagères.

Dans un second cas, les névralgies sont chroniques et rebelles.

A. NÉVRALGIES AIGUES ET SUBAIGUËS

Cette première variété est constituée par une série de névralgies, d'étiologie disparate au premier abord, mais qui ont ce caractère commun d'apparaître brusquement, d'évoluer en attaques courtes variant de quelques jours à quelques semaines, d'être facilement curables et de tendre à la guérison spontanée. On y trouve, en premier lieu, des névralgies symptomatiques d'affections inflammatoires aiguës ou subaiguës des organes dans lesquels se ramifient les terminaisons de la cinquième paire, dents, muqueuses buccale, nasale, des sinus maxillaires et frontaux, la conjonctive et l'appareil lacrymal. Les plus fréquentes sont certainement les névralgies dentaires symptomatiques de la *carie débutante* ou des poussées aiguës de périostite alvéolo-dentaire.

En second lieu on peut placer dans la variété des névralgies faciales aiguës, celles qui apparaissent soit au cours, soit au déclin d'états infectieux divers, dont les plus communs sont la *grippe*, le *paludisme*, la *tuberculose*, la *syphilis*

secondaire. Ces névralgies, le plus souvent localisées aux rameaux sus-orbitaires, présentent avec les précédentes ce caractère commun d'être passagères, encore que dans les infections chroniques elles soient sujettes à de fréquentes récidives.

B. NEVRALGIES CHRONIQUES

A l'encontre de ce qui se passe pour les névralgies précédemment étudiées, celles-ci ne tendent pas à la guérison spontanée, et elles sont aussi rebelles à la thérapeutique que la névralgie épileptiforme avec laquelle pourtant elles ne se confondent pas. Elles s'en distinguent entre autres par un caractère capital que nous avons étudié dans notre mémoire de la *Revue de Médecine* en 1904 ; elles sont momentanément soulagées par l'injection de cocaïne *loco dolente*, ce qui démontre pleinement leur origine périphérique.

A côté des névralgies dont l'origine dentaire ressort nettement de l'examen clinique il en est d'autres, plus rares à la vérité, dans lesquelles l'examen le plus approfondi ne fait découvrir aucune cause plausible.

En somme, les névralgies chroniques périphériques se présentent avec les caractéristiques suivantes :

1° L'existence d'un endolorissement continu entre les paroxysmes névralgiques, endolorissement siégeant dans une zone plus limitée que le territoire de distribution du nerf correspondant.

2° La possibilité de faire éclater les paroxysmes par :

a) La mastication, la parole, le baillement.

b) Les excitations énergiques de la zone douloureuse.

3° L'existence constante de la douleur provoquée par la pression profonde de cette zone.

4° L'existence fréquente de la douleur provoquée par la pression aux points de Valleix.

5° La disparition temporaire de la douleur continue et des paroxysmes consécutive à l'injection de cocaïne loco dolente.

Les névralgies dont nous venons d'esquisser les caractères à leur période d'état sont, nous l'avons dit plus haut, des névralgies chroniques sans tendance à la guérison spontanée, ou tout au moins à évolution très longue.

Le pronostic est donc, somme toute, assez sombre, encore que la maladie soit infiniment moins grave que le tic douloureux vrai.

II. Névralgies faciales d'origine radiculo ganglionnaire

Ce second groupe est moins cohérent que celui des névralgies d'origine périphérique : on peut y ranger deux catégories de faits au premier abord dissemblables, et qui sont :

1° Les névralgies symptomatiques de lésions organiques inflammatoires ou néoplasiques du ganglion de Gasser ou de la racine sensitive du trijumeau.

2° Les névralgies répondant au type clinique de la névralgie épileptiforme de Trousseau, névralgies dont le déterminisme anatomique n'est pas encore connu, mais dont on sait d'une façon certaine que la cause organique doit en être cherchée *au-delà* des extrémités et probablement au-delà des troncs nerveux eux-mêmes.

§ I. NEVRALGIES SYMPTOMATIQUES DE LESIONS NEOPLASIQUES OU INFLAMMATOIRES DU GANGLION DE GASSER ET DE LA RACINE SENSITIVE DU TRIJUMEAU

A. NÉVRALGIES DES NÉOPLASMES

Caractères. — 1° Le caractère continu des phénomènes névralgiques. Le malade continue à souffrir dans l'intervalle des paroxysmes ; la douleur continue est représentée le plus souvent par une sensation paresthésique de froid ;

les exacerbations, qui étaient qualifiées d' « agonisantes » dans une observation, peuvent s'accompagner de secousses convulsives dans les muscles de la face; elles sont diurnes et nocturnes.

2° L'exacerbation des douleurs par les excitations périphériques (friction, mastication, déglutition).

3° L'extension de la névralgie dans les domaines des trois branches du trijumeau.

4° L'hypoesthésie très marquée de toute la moitié correspondante de la face.

5° Accessoirement, la paralysie unilatérale des muscles masticateurs.

B. NÉVRALGIES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

Elles constituent, en somme, un cas particulier de la variété précédente. La syphilis, en effet, agit ici par des effets de compression des racines du trijumeau ou du ganglion de Gasser, par des gommes ou des méningites en plaques localisées, à la manière des néoplasmes méningés.

Mais le diagnostic de la nature syphilitique peut être établi par les caractères généraux des manifestations de la syphilis tertiaire encéphalique. Ces caractères sont les suivants :

1° Le syndrome névralgique n'est pas isolé. Il se complique toujours du symptôme le plus caractéristique de la syphilis encéphalique, la céphalée nocturne. Souvent, en outre, des lésions sont multiples, et, à côté des symptômes de compression des racines motrice et sensitive de la cinquième paire, on trouve des signes révélant la compression d'autres paires crâniennes, surtout la IIIe, la VIe, la VIIe et la VIIIe, soit des paralysies oculaires et faciales et des troubles auditifs et de l'équilibration. Le même fait peut, du reste, se produire dans les névralgies néoplasiques, mais l'analyse des symptômes de compression montre presque toujours que celle-ci s'étend alors sur une zone plus restreinte.

2° La névralgie syphilitique coïncidant avec la céphalée participe des caractères évolutifs de celle-ci ; elle est diurne et nocturne, mais son intensité augmente considérablement la nuit.

3° Les éruptions zostériennes sont aussi fréquentes. Un certain nombre de cas étiquetés zonas ophtalmiques seraient d'origine syphilitique (Ravaud).

4° Enfin, la constatation de lymphocytes nombreux dans le liquide céphalo-rachidien, recueilli par ponction lombaire, constitue en faveur de l'origine syphilitique non pas une preuve absolue, mais une forte présomption que viendra confirmer le résultat du traitement spécifique.

C. NÉVRALGIES DES TABÉTIQUES

Elles se montrent sous deux formes : le *type fulgurant*, qui n'est probablement que l'équivalent clinique au visage des douleurs fulgurantes des membres, et le *type continu*, le plus fréquent, qui constitue la véritable névralgie tabétique. Celle-ci rappelle les deux variétés précédentes dont elle se rapproche pathogéniquement, étant la traduction d'une localisation tabétique sur la racine sensitive du trijumeau. On y retrouve, en effet, la douleur continue, limitée à la région sus-orbitaire ou étendue à toute une moitié de la face, entrecoupée de paroxysmes spontanés, et les troubles objectifs de la sensibilité cutanée, hyperesthésie ou, au contraire, hypoesthésie pouvant aller à l'anesthésie complète. L'existence d'antécédents syphilitiques et la lymphocytose constante du liquide céphalo-rachidien pourraient facilement faire croire à une névralgie syphilitique vraie. Mais deux symptômes importants permettent le diagnostic différentiel : d'une part, l'absence de la paralysie des masticateurs, qui est à peu près constante dans la névralgie syphilitique tertiaire, et, d'autre part, la mise en évidence par l'observateur prévenu de stigmates tabétiques, signes d'Argyll Robertson, de Romberg, de Westphal, etc.

§ 2. NÉVRALGIE EPILEPTIFORME, TIC DOULOUREUX DE TROUSSEAU

Trousseau, en séparant cette variété des autres névralgies faciales, lui a assigné deux signes essentiels : son caractère paroxystique et son incurabilité. Ce dernier caractère est celui qui, dans la suite, a le plus frappé les cliniciens et les a conduits à englober dans la dénomination générale de tic douloureux un grand nombre de névralgies rebelles, mais qui se montraient par ailleurs différentes au double point de vue pathogénique et symptômatique. On a pu parler ainsi de tics douloureux d'origine dentaire, ophtalmique nasale, etc. Il s'agit là de névralgies d'origine périphérique à symptomatologie spéciale, et nous pensons qu'il convient de réserver le nom de tic douloureux à la maladie décrite par Trousseau, ce terme devenant dans la pratique l'équivalent de celui de névralgie épileptiforme. Ce dernier terme mérite lui aussi d'être conservé, encore qu'il paraisse consacrer une interprétation pathogénique dont la fausseté est aujourd'hui pleinement démontrée, parce qu'il rend d'une façon saisissante le caractère essentiellement paroxystique de l'affection.

La pathogénie reste obscure. On a invoqué tour à tour la névrite et les lésions du ganglion de Gasser.

Quelque théorie qu'on adopte, l'origine périphérique ne saurait être invoquée; la névralgie épileptiforme est rebelle à l'action des injections de cocaïne, *loco dolente*, et, pour cette raison, nous la plaçons parmi les névralgies d'origine radiculo-ganglionnaire, sans préjuger autrement de sa pathogénie.

La névralgie épileptiforme est une maladie des gens âgés, rare avant quarante ans, apparaissant de préférence chez des arthritiques antérieurement sujets aux migraines.

A. Description du paroxysme

La douleur du tic douloureux apparaît brusquement et atteint d'emblée sa plus haute intensité. Elle naît, en général, d'un point assez limité qui s'est trouvé dans presque toutes nos observations au voisinage de la commissure labiale, dans les parties molles de la face.

La douleur irradie à peu près dans toute la face, atteignant souvent l'œil et la langue, sans suivre particulièrement le trajet d'un rameau connu. Pendant la période paroxystique on voit apparaître des phénomènes accessoires qui, s'ils ne sont pas absolument propres à cette variété de névralgie, s'y rencontrent du moins avec une fréquence incomparablement plus grande que dans toutes les autres, les *spasmes du visage* qui ont valu à l'affection le nom de tic douloureux. Ces spasmes peuvent être *toniques;* la face se fige dans une expression toujours la même tant que dure la crise, et, chose curieuse, cette expression de physionomie est plus souvent celle de l'étonnement que celle de la douleur, en ce sens que la face reste immobile, les yeux grands ouverts. Le plus souvent il s'agit de *spasmes cloniques*, mouvements de mâchonnement lent, ou grimaces plus ou moins marquées. Dans les deux cas, du reste, le malade qui pousse de petits gémissements étouffés porte les mains sur la moitié du visage qui est le siège de la douleur, se contentant parfois de comprimer la face, la frottant d'autres fois avec énergie au point d'amener à la longue un véritable état psoriasiforme de la peau. La salivation, l'epiphora, la rougeur de la moitié douloureuse du visage peuvent s'observer plus rarement. Pendant l'accès paroxystique, les pupiles ne se dilatent pas.

La durée d'un paroxysme est courte. Nous l'avons trouvée oscillant entre un minimum de dix secondes et un maximum de trois minutes. La douleur cesse brusquement, le malade écarte ses mains, relève la tête et affirme qu'il ne ressent plus rien. — Il ne souffrira plus jusqu'au paroxysme suivant.

B. Mode de succession des paroxysmes

Le mode de succession des paroxysmes varie suivant les malades. Tantôt ils reviennent à intervalles fixes de quelques minutes ou de quelques heures, avec une régularité désespérante, tantôt ils se groupent en attaques de durée variable, pendant lesquelles ils se suivent à courts intervalles, les attaques successives étant elles-mêmes séparées par des intervalles assez longs. Quelques malades n'ont pour ainsi dire pas spontanément de paroxysmes ; ceux-ci n'apparaissent qu'à l'occasion des causes qui vont être énumérées.

C. Causes provocatrices des paroxysmes

Ce sont surtout la mastication, la conversation soutenue, plus rarement l'ingestion de boissons trop chaudes ou trop froides. Par contre, les excitations portées artificiellement sur la région qui est le point de départ de la douleur névralgique restent sans effet le plus habituellement. Tout au moins il est remarquable de constater que les diverses excitations, frictions ou pression, restent sans aucun effet dans les premiers moments qui suivent un paroxysme, au lieu qu'ils peuvent, après un certain temps, faire éclater prématurément une nouvelle crise. Il y a donc, après chaque crise, une période d'inexcitabilité qui n'existe pas dans les névralgies de cause périphérique à douleur continue.

D. Examen objectif du visage

L'examen objectif du visage donne ordinairement des résultats négatifs. La douleur provoquée par la pression aux points de Valleix manque, d'après nos observations personnelles, dans 80 % des cas. Il n'y a non plus jamais d'hypoesthésie ou d'hyperesthésie cutanée. L'examen de la bouche révèle presque toujours des lésions dentaires, mais on est d'autant moins porté à leur attacher de l'importance que les crises paroxystiques ont très rarement un point de départ gingival. L'âge des malades suffit le plus souvent à en donner une explication. Certains sont de vrais édentés, ce qui tient à ce que dès le début de leur affection, ils se sont fait arracher successivement d'abord des dents malades, et ensuite les dents saines.

L'examen objectif dévoile deux symptômes de première importance. L'un est constant et consiste dans l'inefficacité complète de la cocaïne *loco-dolente*. Le second a été signalé plusieurs fois et prend une grande importance pour la démonstration de l'origine centrale : c'est la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien constatée, en dehors de la syphilis bien entendu, par Pitres et Sicard dans des cas de névralgie centrale typique.

D. Caractères évolutifs et pronostic

Début brusque par un paroxysme douloureux survenant le plus souvent en pleine santé entre quarante et soixante ans ; périodes douloureuses de quelques semaines ou de quelques mois séparées par des accalmies spontanées plus ou moins longues, pouvant atteindre une année ; puis établissement d'une véritable période d'état, caractérisée par des paroxysmes brefs que séparent des intervalles de quelques minutes ou de quelques heures absolument indolores, période d'état dont la durée est pratiquement indéfinie.

Le pronostic est donc fort grave, parce que l'affection est une des plus douloureuses qui soient, qu'elle n'a aucune tendance à guérir spontanément et qu'elle est des plus rebelles à la thérapeutique.

III. Névralgies faciales d'origine centrale

§ 1. NEVRALGIES FACIALES HYSTERIQUES

Ce sont des pseudo-névralgies faciles à différencier des névralgies organiques par les signes suivants :

a) Au point de vue topographique, elles affectent des zones plus vastes et plus mal délimitées que les névralgies ordinaires.

b) Au point de vue de l'examen objectif de la face, elles paraissent indépendantes des excitations extérieures.

c) Leur évolution, comme leur naissance et leur disparition, sont très sensiblement influencées par des causes morales.

d) Elles s'accompagnent de stigmates hystériques ou se montrent sur un terrain franchement hystérique. Nous avons montré, d'autre part, qu'en pareil cas l'injection de cocaïne *loco dolente* pouvait amener la guérison définitive. Ces pseudo-névralgies faciales sont intéressantes à connaître, mais elles n'offrent qu'une importance pratique assez minime parce qu'elles se voient rarement et que leur pronostic est toujours favorable.

§ 2. NEVRALGIES FACIALES EPILEPTIQUES

De même que l'hystérie, mais aussi rarement, plus encore peut-être, le mal comitial peut se traduire par des paroxysmes à forme de névralgie faciale, représentant une des modalités du petit mal.

B. Névralgies thoraciques

1. Névralgies thoraciques d'origine périphériques

§ 1. NEVRALGIES D'ORIGINE PERIPHERIQUE LIEES A DES NEVRITES INTERCOSTALES

Ce type de névralgies est surtout fréquent chez les tuberculeux.

Les caractères cliniques, en particulier l'existence de troubles objectifs de la sensibilité cutanée, plaident en faveur de l'origine névritique, même dans les cas où la tuberculose ne paraît pas en cause et où l'étiologie se réduit à une infection ou une intoxication qui restent le plus souvent indéterminées.

Ces névralgies ont les caractéristiques suivantes :

A. — Leur *topographie* n'est pas, généralement, en rapport exact avec le territoire d'innervation d'un ou de plusieurs nerfs intercostaux.

La pression y est toujours douloureuse. Par contre, *elle est presque toujours nettement hypocsthésique à la piqûre* et les limites de l'hypoesthésie sont plus étendues que celles de la région douloureuse à la pression.

B. — *Les caractères de la douleur spontanée.* — Celle-ci est continue sous la forme de picotements, de fourmillements, de gêne profonde indéfinissable. Elle est plus vive la nuit que le jour.

C. — L'absence des points classiques de Valleix au point d'émergence des rameaux perforants en dehors de la zone douloureuse.

D. — La cessation passagère des douleurs par l'injection de *cocaïne loco dolente.*

§ 2. NEVRALGIES D'ORIGINE PERIPHERIQUE LIEES A DES TROUBLES VISCERAUX NEVRALGIES DITES REFLEXES

L'existence de névralgies dites réflexes, c'est-à-dire ayant leur origine dans une lésion des organes viscéraux, sans que les filets nerveux périphériques ou les racines rachidiennes présentent aucune lésion anatomique appréciable, ne peut être mise en doute ; les variations d'intensité des douleurs en fonction des variations dans l'état de l'organe considéré d'une part et de l'autre la disparition définitive de ces mêmes douleurs, liée à la guérison de l'affection viscérale, sont des faits acceptés par tous les auteurs qui ont étudié les névralgies intercostales.

Boutin a montré que si leur origine dans un viscère donné pouvait, dans une certaine mesure, commander pour ces névralgies une topographie spéciale, en revanche elles se présentaient, quelle que fut cette origine, avec des caractères généraux identiques qui permettent de les distinguer des névralgies liées à des névrites périphériques ; ce sont :

A. *Les caractères de la douleur.* Elle est diffuse et sourde, permanente, constituant un endolorissement plutôt qu'une douleur aiguë; elle n'est pas influencée ou fort peu par les mouvements respiratoires, elle est essentiellement diurne.

B. Les symptômes objectifs : il n'y a jamais d'anesthésie ni d'hypoesthésie, la pression au point douloureux n'éveille que peu ou pas de douleur, quelquefois il existe de l'hypéralgésie à la piqûre.

C. L'inactivité des injections de cocaïne *loco-dolente* qui ne diminuent que très peu ou pas du tout la douleur spontanée.

II. Névralgies thoraciques d'origine radiculo-ganglionnaire

Ce sont des névralgies symptomatiques des compressions radiculaires qui se voient surtout comme conséquence de la pachyméningite, du mal de Pott ou des lésions osseuses du cancer du rachis; exceptionnellement, elles traduisent l'existence d'une tumeur méningée localisée.

§ 1. NEVRALGIES ZOSTERIENNES

L'origine ganglionnaire des éruptions zostériennes et des névralgies consécutives a été, en effet, amplement démontrée anatomiquement.

D'autre part, il est admis que les éruptions zostériennes ne suivent pas le trajet des nerfs intercostaux, mais affectent au contraire une topographie radiculaire.

Les éléments du diagnostic sont les suivants :

A. *Les caractères intrinsèques de la douleur.* Elle est plus violente que dans aucune autre espèce de névralgie intercostale et peut se comparer par là aux douleurs de la névralgie épileptiforme. Continue avec des exacerbations, elle est diurne et nocturne.

B. *La douleur n'est pas augmentée par la pression*, elle est exagérée par les efforts, la toux et les mouvements respiratoires.

C. *L'existence de troubles objectifs de la sensibilité cutanée* consistant dans une hypoesthésie ou une anesthésie complète des zones douloureuses, réalisant le type de ce que M. le professeur Pitres a appelé les « anesthésies paradoxales ».

D. L'inefficacité de la cocaïne *loco-dolente*.

Les névralgies post-zostériennes ont un pronostic variable suivant l'âge des sujets; généralement courtes chez les sujets jeunes, elles deviennent, chez les vieillards, terriblement longues et paraissent, dans quelques cas, n'avoir aucune tendance à la guérison spontanée.

Les deux seuls procédés satisfaisants sont le traitement opiacé intensif, suivant la méthode de Trousseau, et la ponction lombaire simple, dont Abadie a obtenu d'excellents résultats.

§ 2. NEVRALGIES ESSENTIELLES

Cette dénomination s'applique à une catégorie de faits encore mal connus, qui sont, dans une certaine mesure, comparables à la névralgie épileptiforme de la face et qui paraissent rares.

III. Névralgies des névroses

Il y en a deux variétés : d'une part des fausses névralgies hystériques caractérisées par une douleur continue, à localisation variable, s'accompagnant le plus souvent d'anesthésie cutanée, et, d'autre part, les douleurs vagues des neurasthéniques.

C. Névralgies sciatiques

De toutes les douleurs névralgiques du membre inférieur, celles qui ont leur siège dans la zone d'innervation du nerf sciatique sont de beaucoup les plus fréquentes. La névralgie du crural est fort rare, au dire des auteurs clas-

siques. La névralgie du fémoro-cutané revêt le plus souvent la forme spéciale décrite par Roth, sous le nom de *névralgie paresthésique*, forme qui ne parait pas avoir d'analogues dans la pathologie des autres nerfs, et cette dernière est également rare. D'un autre côté, l'intérêt pratique capital qui s'attache aux névralgies du sciatique, l'assimilation qu'on peut établir entre leurs différentes formes cliniques et celles que nous avons déjà étudiées dans les autres névralgies, nous autorise à borner aux seules névralgies sciatiques notre étude des névralgies des membres inférieurs.

I. Névralgies sciatiques d'orine périphérique

Nous avons considéré des sciatiques de cause extra fasciculaire et des sciatiques de cause fasciculaire.

§ 1. SCIATIQUES D'ORIGINE EXTRA-FASCICULAIRE

Nous devons placer dans ce paragraphe les observations où la douleur, dans la zone d'innervation du sciatique, reconnaît une cause morbide qui n'affecte pas le tronc nerveux lui-même, ni ses branches d'origine dans le plexus sacré, ni les racines postérieures correspondantes, mais qui a son siège anatomique dans une des parties qui reçoivent du sciatique lui-même ou des grosses branches du plexus, leurs filets nerveux, et est par conséquent susceptible d'irriter ces filets terminaux. Ces faits existent à n'en pas douter. Ils sont même fort nombreux et se présentent avec l'aspect clinique suivant : Un malade vient se plaindre de souffrir d'une façon à peu près continue, dans une région qui correspond au territoire du sciatique, soit la partie inférieure de la fesse, la partie postérieure de la cuisse et le creux poplité. Souvent, la douleur ne va pas plus loin ; dans quelques cas cependant, elle irradie jusque dans le mollet. Il n'y a pas d'élancements, ni de paroxysmes spontanés ; la toux, les efforts, les pressions exercées sur la zone douloureuse restent sans effet. Par contre, la marche exagère nettement la douleur ; elle est de ce fait grandement gênée et les malades tirent la jambe.

Beaucoup d'auteurs se basant sur l'existence constatée d'une affection organique n'affectant pas directement le nerf d'une part, et d'autre part, sur l'absence de certains signes habituels de la sciatique, tels que les points douloureux de Valleix et le signe de Lasègue, n'hésitent pas à rejeter, de propos délibéré, les cas de ce genre du cadre de la névralgie sciatique, pour les appeler des pseudo-sciatiques. Nous ne saurions nous ranger à cette opinion. S'il est juste d'appeler pseudo-sciatiques, avec Schreiber, avec Pitres et Vaillard, les affections douloureuses qui ont leur siège dans les ligaments, dans les muscles et simulent de plus ou moins loin la sciatique, on ne saurait appliquer le même raisonnement aux cas où il existe une douleur fixe irradiée dans le territoire d'un nerf qui présente par conséquent le seul caractère distinctif de la douleur névralgique.

Puisqu'aussi bien toute la présente étude nous conduit à la conception de la névralgie syndrome, nous sommes autorisés à appeler névralgies sciatiques, les douleurs irradiées dans la zone du sciatique, dont la cause ne peut être découverte que par un examen approfondi, alors même que les symptômes objectifs classiques manquent, ou sont peu marqués.

§ 2. SCIATIQUES FASCICULAIRES

Il s'agit maintenant d'une variété pathogénique admise par tous les auteurs, la seule même qui, dans la conception classique, mériterait le nom de sciatique. On peut y distinguer deux classes : l'une qui comprend les sciatiques de cause extrinsèque, dites quelquefois sciatiques organiques, dans lesquelles on trouve à l'examen une lésion extérieure au tronc nerveux ou aux branches du plexus sacré et agissant par compression, l'autre qui comprend les sciatiques qu'on pourrait dire essentielles, où la lésion anatomique, plus souvent présumée que constatée, affecte le nerf lui-même.

A. SCIATIQUE DE CAUSE EXTRA TRONCULAIRE

C'est celle qui constitue un symptôme des tumeurs pelviennes ou sacrées, des grosses lésions utérines et annexielles, des lésions néoplasiques ou inflammatoires siégeant le long du nerf, à la cuisse ou au creux poplité.

1° La douleur spontanée est très vive : elle occupe toute la zone d'innervation du sciatique quel que soit le point comprimé.

2° La douleur est continue avec peu ou pas de paroxysmes spontanés.

3° La douleur spontanée diminue par le repos ; elle est, au contraire, nettement exagérée par les mouvements.

Par contre, la toux et les efforts de défécation ne provoquent habituellement aucune exacerbation.

L'examen objectif décèle quatre symptômes importants :

A. Le tronc nerveux est douloureux à la pression.

B. La manœuvre de Lasègue et celle de Bonnet, qui agissent toutes deux en produisant l'élongation du nerf, sont très douloureuses.

C. La sensibilité cutanée du membre inférieur est souvent altérée.

D. Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux.

Cette variété de sciatique n'a douc pas absolument de caractères distinctifs.

La thérapeutique chirurgicale, quand elle est possible, est la seule qui puisse dans ces cas donner des résultats satifaisants.

B. SCIATIQUE DE CAUSE TRONCULAIRE

Les cas qui rentrent dans ce groupe composent, au premier abord, un ensemble assez hétérogène. On y trouve, en effet, tout ce que les auteurs classiques décrivent comme les sciatiques vraies dont l'étiologie apparaît fort disparate, sciatiques diathésiques dont le type est la sciatique des diabétiques, sciatiques toxi-infectieuses, comme la sciatique blennorrhagique, et cette variété, si commune de sciatique aiguë, qui est dite rhumatismale sans autre preuve de son origine que sa curabilité facile par le salicylate de soude.

Le type de la sciatique d'origine tronculaire présente les caractéristiques cliniques suivantes :

1° La *douleur spontanée* est à la fois continue et paroxystique.

2° Les efforts de défécation, la toux et l'éternuement provoquent des paroxysmes.

3° La station debout et la marche sont considérablement gênées.

4° La douleur est exacerbée nettement par la manœuvre de Lasègue et celle de Bonnet ; les points de Valleix et le trajet du sciatique à la partie postérieure de la cuisse sont très douloureux à la pression.

Ce sont là les signes capitaux de la sciatique de cause fasciculaire.

Les autres signes qui traduisent une atteinte plus profonde du nerf, sont :

1° L'atrophie musculaire, qui peut présenter tous les degrés.

2° Les troubles trophiques des ongles, les troubles vaso-moteurs de la peau.

3° Les troubles de la sensibilité objective cutanée affectant principalement la forme de plaques irrégulières d'hypoesthésie.

4° Les modifications des réflexes tendineux qui sont diminués ou même abolis, principalement le réflexe achilléen.

Ces divers signes caractérisent la sciatique névrite, qui comporte un pronostic grave non pas tant par l'intensité des douleurs que par la très longue durée de l'affection. Un examen attentif montrera presque toujours comme élément étiologique, soit une intoxication chronique, comme l'alcoolisme, soit une maladie arthritique, goutte ou diabète, soit une infection, blennorhagie, grippe ou tuberculose.

II. Sciatiques de cause radiculo-médullaire

On peut assigner aux névralgies d'origine radiculo-médullaire les caractères suivants :

1° La topographie des zones spontanément douloureuses est variable, sui-

vant les racines atteintes. Dans la majorité des cas, elle correspond à la région sacro-lombaire (traduisant l'atteinte des rameaux postérieurs du plexus lombaire et sacré), à la fesse et à la région péronéo-tibiale.

2° La douleur est continue et paroxystique.

3° La douleur est diurne et nocturne. L'exaspération nocturne est surtout marquée pour les sciatiques d'origine syphilitique, mais elle peut exister dans les cas où la syphilis n'est pas en cause.

4° La douleur est nettement exaspérée par la toux, l'éternuement et les efforts de défécation. Ce signe, comme on l'a vu, n'est pas absolument propre aux sciatiques radiculaires, mais c'est là qu'il atteint son maximum d'intensité. L'influence exagérante de la marche et des mouvements existe, mais elle va rarement jusqu'à condamner les malades à l'immobilité.

5° L'existence d'une scoliose homologue n'est pas absolument constante.

6° L'exagération de la douleur par la manœuvre de Lasègue n'est pas très marquée, bien moins en tout cas que dans les sciatiques tronculaires.

7° La douleur provoquée par la pression aux points de Valleix est peu intense et peut manquer complètement.

8° Les troubles de la sensibilité cutanée sont très fréquents; mais pas absolument constants.

9° Les réflexes tendineux peuvent être exagérés. Cette exagération caractérise la forme spasmodique. Dans la règle, le réflexe rotulien est le plus souvent normal, le réflexe achilléen est aboli ou tout au moins affaibli.

10° L'atrophie musculaire est rare dans ses formes sévères.

11° La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien extrait par ponction lombaire, a été rencontrée dans quelques cas.

Les recherches de Lortat Jacob et Sabareanu, celles de Régis Berthéol tendraient à assigner presque toujours une origine syphilitique à la sciatique du type radiculaire. M. le professeur Dejerine, à la Société de Neurologie, a fortement appuyé cette assertion. Nous pensons, d'après les quelques cas que nous avons pu étudier avec attention, que, si cette cause est très fréquente, elle n'est pas la seule.

III. Sciatiques d'origine centrale

Elles sont représentées par la sciatique hystérique, étudiée par Lagrelette, Achard et Soupault, Béziat. Elle se présente avec les autres caractères généraux des autres névralgies hystériques qui ont déjà été étudiées, c'est-à-dire l'influence des états émotionnels sur l'apparition et la disparition des symptômes, la diffusion et le caractère atypique des symptômes douloureux, et enfin, la coexistence de stigmates et le plus souvent d'autres manifestations caractéristiques de la névrose.

D. Névralgies du membre supérieur

Ce sont le plus souvent des névralgies traumatiques.

Il est probable que les névralgies traumatiques relèvent toutes à quelques degrés de la névrite ascendante.

Mais, il existe au membre supérieur des névralgies véritables sur lesquelles nous devons d'autant plus nous arrêter que, par leur pathogénie et leur aspect clinique, elles se rapprochent d'une variété de névralgie qu'on retrouve dans tous les autres territoires que nous venons d'étudier, nous voulons parler des névralgies brachiales d'origine radiculaire.

1° La douleur spontanée est aiguë, lancinante ou contusive, parfois intermittente, le plus souvent continue, avec des paroxysmes violents diurnes ou nocturnes.

2° Les mouvements du bras, de l'avant-bras ou même des doigts, la toux, provoquent des paroxysmes.

3° La topographie des zones douloureuses correspond nettement à un ou

plusieurs territoires radiculaires en bandes allongées, depuis le rachis jusqu'aux doigts, dans lesquels viennent mourir les irradiations douloureuses.

4° Il n'existe pas de points douloureux de Valleix.

5° L'examen objectif révèle des troubles de la sensibilité cutanée, consistant soit en hypéresthésie, soit en hypoesthésie, et affectant la topographie radiculaire.

6° Le réflexe tricipital et le réflexe radial sont normaux. Comme les névralgies radiculaires du membre inférieur, dont elles partagent l'étiologie, ces névralgies du bras à type spécial sont le plus souvent sympomatiques d'une lésion ménirgée ou rachidienne, mal de Pott, pachyméningite cervicale hypertrophique ou tumeurs méningées.

Mais, dans d'autres cas, elles constituent un syndrome isolé et relèvent alors soit de la syphilis, qui agit par des plaques de méningite spinale, soit de radiculites infectieuses ou toxiques.

La participation des racines est indéniable en pareil cas, mais nos notions sur ce sujet sont encore vraiment trop sommaires pour que nous puissions faire autre chose que de signaler le fait en passant.

CONCLUSIONS

1° La conception de la névralgie, maladie autonome des nerfs, n'est plus en harmonie avec nos connaissances actuelles. On doit considérer que la douleur spontanée qui reste localisée à un territoire d'innervation et qui est indépendante d'une cause *locale* traumatique, inflammatoire ou néoplasique, constitue un syndrome qui traduit pathogéniquement l'irritation des conducteurs sensitifs en un point de leur trajet depuis les ultimes terminaisons périphériques jusqu'aux racines postérieures inclusivement.

2° L'étude analytique des névralgies de la face, du thorax et des membres dont l'origine peut être connue d'une façon certaine quant à la localisation de la cause algésiogène, permet de distinguer des types cliniques distincts correspondant d'une part aux névralgies d'origine périphérique, et, d'autre part, aux névralgies d'origine radiculo-médullaire.

3° Les névralgies d'origine périphérique qui comprennent les névralgies d'origine extra fasciculaire et fasciculaire et les névralgies réflexes, diffèrent entre elles suivant les territoires nerveux considérés, mais dans tous les cas elles restent reconnaissables aux caractères suivants :

a) La douleur est continue avec des paroxysmes.

b) Le trajet des nerfs et les points d'émergence des filets périphériques sont souvent douloureux à la pression.

c) La friction ou la pression intense des zones spontanément douloureuses fait éclater les paroxysmes.

d) La cocaïne injectée loco-dolente sur le trajet des troncs nerveux ou au niveau du point de départ réflexe des excitations algésiogènes supprime momentanément la douleur.

e) Les troubles de la sensibilité objective sont inconstants; quand ils existent, ils affectent une topographie irrégulière qui ne présente pas les dispositions des zones d'innervation radiculaire.

4° Les névralgies d'origine radiculo-médullaire sont celles dont les caractères restent le plus constamment identiques dans les différents territoires. Ce sont les suivants :

a) La douleur spontanée est particulièrement intense; elle peut être continue avec des paroxysmes ou essentiellement paroxystique avec des intervalles complètement indolores.

b) La douleur n'est pas localisée sur le trajet des troncs nerveux, mais bien dans des territoires qui correspondent à la disposition topographique des zones d'innervation radiculaire.

c) Les signes classiques de la douleur provoquée par la pression des troncs nerveux ou des points d'émergence des filets périphériques sont peu marqués et souvent manquent complètement.

d) Les excitations périphériques ne font pas éclater les paroxysmes.

e) La cocaïne loco-dolente ou sur le trajet des troncs nerveux ne produit aucune action sédative momentanée.

f) Les troubles de la sensibilité objective sont très fréquents; ils affectent une topographie nettement radiculaire.

5° Le diagnostic de ces deux variétés pathogéniques revêt une importance pratique considérable. Sa connaissance conduit en effet les médecins à la recherche d'une thérapeutique étiologique et pathogénique, au lieu que la notion classique de la névralgie-maladie en attirant toute leur attention sur le nerf lui-même les a trop souvent conduits à des déboires.

Discussion

M. F. LEVY (de Paris) pense qu'une classification clinique vaut mieux.

Aussi, en matière de névralgie faciale, vaut-il mieux distinguer :

1° Une *petite névralgie faciale* (forme Valleix) avec douleur continue, élancements, points douloureux à l'émergence des nerfs.

2° Une *grande névralgie faciale* (forme Trousseau), évoluant surtout chez les neuroarthritiques, uniquement caractérisée par des paroxysmes accessoirement compliqués des spasmes, et où les points douloureux n'existent pas.

En ce qui concerne la *névralgie des édentés*, son autonomie est discutable. Ni l'étiologie, ni la clinique ne lui confèrent droit de cité.

La *névralgie des néoplasmes*, réalisée surtout par les lésions sclérogommeuses du ganglion de Gasser, est plutôt à décrire dans les névralgies syphilitiques, et mériterait d'être cataloguée sous le nom de *syndrome Gassérien* avec trois périodes :

1° *Phase de douleurs névralgiques;*

2° *Phase de paralysie du trijumeau*, et sensitif et moteur;

3° *Phase de troubles trophiques* (pouvant manquer).

La *névralgie des plexus de la face*, physiologiquement très possible, trouve les preuves de son existence dans les conditions étiologiques où elle se manifeste et dans l'apparition concomitante si successive de spasme facial, de paralysie faciale, de névralgie trigémellaire.

MM. CLAUDE et CHARTIER rapportent le cas d'une névralgie très violente, consécutive à un zona cardio-thoracique, qui, à peine calmée par l'injection journalière de plus de 20 centigr. de morphine, a été considérablement améliorée par l'effluvation de haute fréquence associée aux ponctions lombaires répétées.

La ponction lombaire, faite plus de sept mois après le début des accidents, a montré la présence d'une lymphocytose discrète, constituée par des éléments peu chromatophiles et d'origine ancienne.

M. VERGER pense qu'il n'est pas éloigné d'être d'accord avec M. Levy: c'est l'analyse symptômatique qui doit guider le clinicien dans l'étude de chaque cas particulier.

ASSISTANCE

L'assistance des enfants anormaux

M. René CHARON (d'Amiens), rapporteur, développe son sujet et arrive aux conclusions suivantes :

L'histoire, la statistique et l'observation clinique s'accordent à montrer que les enfants psychiquement anormaux de tous les degrés sont des *malades* et que, par suite, il doivent être assistés, éduqués et traités *médicalement;* le devoir de solidarité *impose*, l'intérêt social *justifie* cette assistance et ce traitement.

Les enfants psychiquement anormaux, considérés dans la période qui s'étend de l'âge scolaire jusqu'à la nubilité — de 6 à 16 ans — se divisent d'après

le degré de leur anormalité et le caractère de leurs réactions en *arriérés sociables* et en *dégénérés insociables*. L'éducation médico-pédagogique des premiers — les plus nombreux — est du domaine de l'instruction publique.

Les *dégénérés insociables*, imbéciles et idiots des divers degrés, perfectibles et antisociaux (vicieux), justifient au même titre que les aliénés, et sous le même régime, des moyens d'assistance plus ou moins restrictifs. Il relèvent de trois modes d'assistance :

1° De l'*hospice*, pour les imperfectibles : assistance simple.

2° De l'*hôpital*, pour les perfectibles : traitement médico-pédagogique.

3° De la *maison de réforme*, pour les antisociaux : redressement.

Moralement et médicalement ces modes d'assistance doivent être assurés sous la forme d'agglomérations aussi restreintes que possible. L'assistance simple et le traitement médico-pédagogique doivent être appliqués, aussi près qu'il se peut de la famille et du pays d'origine des enfants, dans chaque circonscription départementale. Le redressement des antisociaux seulement peut comporter l'organisation régionale.

La distinction entre l'hospice et l'hôpital doit être complète dans tous les établissements d'assistance. L'hôpital doit être pourvu de tous les moyens utiles pour un traitement méthodique et aussi individuel que possible. Il doit recevoir à l'origine tous les enfants sans exception et faire office de clinique d'observation et de triage.

L'hospice et l'hôpital peuvent fonctionner isolément ou sous la forme mixte d'*hôpital-hospice*, dans le voisinage des grands centres urbains, où leur population peut atteindre plusieurs centaines d'individus ; dans le plus grand nombre des départements, ils seront annexés aux asiles d'aliénés sous la forme de *quartiers spéciaux*.

Pour que le traitement individuel des enfants dégénérés, aussi bien que celui des aliénés, soit assuré comme il doit l'être dans les asiles, il faut que la transformation de ces établissements s'opère dans le sens de la distinction nette en *sections d'hospice* pour les chroniques et les incurables, et *sections d'hôpital* pour les aigus et les curables. C'est de cette dernière formation que doit faire partie le quartier de traitement des enfants.

A leur sortie de l'hôpital spécial, les enfants dégénérés doivent continuer à être assistés, surveillés ou protégés d'une façon particulière et plus ou moins longtemps, selon la marche de leur évolution et le caractère de leurs réactions.

Ceux qui n'ont pas bénéficié du traitement médico-pédagogique et sont restés insociables et inutilisables seront hospitalisés, dans une section spéciale des hospices ou quartiers d'hospices, en attendant qu'ils puissent être sans inconvénient confondus avec les aliénés adultes.

Ceux qui, restés incapables de se diriger, ne peuvent recevoir, dans leur propre famille, l'assistance et la surveillance nécessaires, mais sont devenus utilisables, seront, selon qu'ils sont actifs ou passifs, assistés ou surveillés, soit dans les *colonies familiales*, sont dans les *colonies annexées* aux hospices et quartiers-d'hospice.

Ceux enfin qui, devenus sociables, sont rendus à la vie commune, devront être protégés par des *sociétés de patronage*, dont il faut souhaiter l'organisation comme une des œuvres sociales les plus utiles.

Quant aux *antisociaux*, ils resteront soumis au régime de la *maison de réforme*, jusqu'à ce qu'ils puissent être, sans danger, soit remis en liberté, soit envoyés à l'hospice ou à l'asile de sûreté.

Et pour conclure, ainsi qu'il est d'usage dans les questions dont la solution appartient à la loi, nous proposons à l'examen et à la discussion du Congrès les vœux suivants :

A. — Que la législation nouvelle, appelée à remplacer celle de 1838, consacre dans un même acte l'obligation de l'assistance et du traitement aux aliénés de tout âge et de toute catégorie, y compris les enfants dégénérés.

B. — Qu'elle impose à chaque département (celui de la Seine excepté)

l'obligation — dans un délai donné — de pourvoir *sur son territoire*, à l'assistance et au traitement des aliénés de tout âge et de toutes catégories, sauf des aliénés criminels et des enfants dégénérés antisociaux (vicieux), dont l'assistance pourra être assurée sous la forme régionale et par entente interdépartementale.

C. — Que des dispositions impératives stipulent que tout établissement créé en vue de l'assistance des aliénés devra comprendre trois formations distinctes : l'hôpital pour les aigus et améliorables, l'hospice pour les chroniques et les incurables, la colonie pour les utilisables; que chacune de ces formations dans les asiles d'aliénés devra comprendre une section spéciale pour les enfants; que tous les asiles d'aliénés actuellement existants devront — dans un délai donné — être transformés dans le sens de cette spécialisation.

D. — Que des dispositions spéciales affirment, pour l'hôpital ou quartier d'hôpital, le caractère d'établissement de traitement qu'il doit avoir, et pour l'aliéné qui y est conduit la qualité de malade, qui lui appartient. Que dans ce but l'admission à l hôpital ou au quartier-d'hôpital de tous les aliénés et enfants dégénérés, soit exemptée des formalités administratives, incompatibles avec ce caractère et cette qualité. Qu'en particulier, l'admission à l'hôpital ou au quartier-d'hôpital soit libérée de l'idée et du mot d'*internement*. Que la liberté individuelle et la sécurité publique soient défendues, non par des mesures d'exceptions préalables qui sont préjudiciables au malade et susceptibles de favoriser sa séquestration dans la famille, mais par une surveillance spéciale et active dès l'admission à l'hôpital.

E. — Que des dispositions spéciales, dans la forme de celles qui sont inscrites dans le projet de 1907 pour les aliénés criminels, soient stipulées au sujet des conditions du placement dans les maisons de réforme des enfants antisociaux (vicieux et délinquants).

F. — Que M. le Ministre de l'intérieur veuille bien employer tous les moyens en son pouvoir pour provoquer et favoriser, dans tous les départements, l'organisation de sociétés de patronage,pour la protection de tous les malades sortis des asiles et rendus à la vie commune; cette protection devant être considérée comme une partie essentielle de l'assistance des aliénés, particulièrement des enfants dégénérés.

Discussion

M. J. ROUBINOVITCH (Paris). — Je désire appeler l'attention du Congrès sur la loi médico-pédagogique du 28 juin 1904 et son application pratique. Il existe une catégorie d'enfants mentalement anormaux, « temporairement insociables », qui se recrutent parmi les « pupilles difficiles » de l'Assistance publique. La loi du 28 juin 1904 rend obligatoire, en France, l'éducation spéciale des mineurs de cette catégorie. Elle a pour objet d'assurer à ces enfants, plus ou moins instables et arriérés, une éducation morale et professionnelle, sans recourir aux moyens pénitentiaires. Elle n'autorise le châtiment que lorsqu'on a essayé sérieusement et sans succès le redressement. Dans ce but, la loi de 1904 ordonne la création d'établissements médico-pédagogiques exclusivement réservés à ces « pupilles difficiles ».

D'après l'étude faite en collaboration avec le D[r] Paul Boncour, et d'accord avec une commission extra-parlementaire du Ministère de l'intérieur, nous avons pu répartir les « pupilles difficiles » en deux grands groupes cliniques : *a*) les *sub-normaux* et *nettement anormaux;* les premiers se subdivisent en : 1° instables; 2° asthéniques et 3° retardés intellectuellement : les autres comprennent : 1° les arriérés agités; 2° les arriérés déprimés; 3° les névropathes et les psychopathes.

Pour mener à bien l'éducation de ces enfants, nous proposons de les répartir dans chaque établissement, selon le type mental qui les caractérise, et d'employer pour chaque subdivision les méthodes médico-pédagogiques convenant le mieux à l'anomalie psychique dominante.

Nous avons établi un programme détaillé, adopté par la commission, et indiquant les rôles respectifs de l'éducateur et du médecin dans un internat médico-pédagogique pour « pupilles difficiles ». Avec le concours de M. le Dr Philippe, nous avons élaboré un type de dossier spécial permettant de suivre pas à pas les progrès réalisés par l'enfant anormal pendant le redressement subi par lui dans l'établissement. L'ensemble des travaux de la Commission est actuellement sous presse et paraitra en octobre prochain.

M. GIRAUD. — Je crois que, dans sa statistique, M. Charon est resté audessous de la vérité parce qu'il n'a pas assez cherché où étaient les enfants psychiquement anormaux et ce qu'ils devenaient.

En dehors de ceux qui sont recueillis dans les asiles d'aliénés, les uns sont dans leur famille, imbéciles, incapables de gagner leur vie, qu'on retrouvera plus tard à l'asile d'aliénés, d'autres sont des enfants abandonnés recueillis par l'Assistance publique et pour lesquels on a créé des écoles de réforme (Aumale, Seine-Inférieure).

D'autres, enfin, deviennent des délinquants, acquittés par les tribunaux comme ayant agi sans discernement et envoyés dans des maisons de correction, dont cherchent à les enlever les comités de patronage aux mineurs traduits en justice.

On considère comme une véritable panacée pour les enfants anormaux, arrivés à l'âge de dix-huit ans, l'engagement dans le service militaire. Le résultat est, trop souvent, de conduire ces jeunes gens devant les conseils de guerre et de là aux compagnies de discipline.

J'estime que l'assistance aux enfants anormaux devrait être rattachée à l'assistance aux infirmes. Les infirmes sont des malades ayant besoin d'une assistance médicale, mais n'exigeant pas des mesures spéciales comme les aliénés qui sont séquestrés parce qu'ils sont dangereux pour l'ordre et la sécurité publique.

M. GRANJUX. — J'ai fait cette année, à la Société de médecine légale, une communication intitulée « Les anormaux de l'Ecole au bataillon d'Afrique ». Elle est basée sur les travaux de la Commission scolaire présidée par mon ami le prof. Régis, de notre collègue Parant sur les adolescents vagabonds, de mes camarades Jordin, sur la mentalité des engagés volontaires, Jude, sur les joyeux, et aussi sur l'expérience que m'a donné un séjour de trente années passées dans l'armée. Dans ce travail, j'ai montré quel rôle funeste l'incorporation des anormaux jouait, non seulement pour ces malades, mais aussi pour l'armée.

C'est dire combien j'estime que le Congrès a fait œuvre utile en désignant comme sujet du rapport de médecine légale « L'assistance des enfants anormaux », et j'ai éprouvé une vive satisfaction en me trouvant complètement d'accord avec le rapporteur, sauf sur un point : sa mauvaise opinion à l'égard des colonies familiales. Je me hâte d'ajouter que je suis d'un avis contraire, parce que le hasard m'a amené à constater les bons effets que les anormaux, ou jugés tels, pouvaient retirer du placement familial.

Vous connaissez tous l'Œuvre de la Préservation de l'enfance contre la tuberculose, fondée par le prof. Grancher. Elle consiste à prendre dans des familles, où il y a des cas de tuberculose ouverte, les enfants encore indemnes de cette maladie, et à les soustraire à la contagion en les plaçant à la campagne dans des familles moralement et physiquement saines, choisies par le médecin local, auquel les enfants sont entièrement confiés. Les résultats ainsi obtenus ont dépassé toute espérance. Mais j'ai été à même de constater, dans les nombreuses visites que j'ai faites comme secrétaire général de l'Œuvre, un résultat inattendu au sujet des anormaux, et que je vous demande la permission de vous exposer brièvement.

Le nombre des pupilles de l'Œuvre est actuellement d'environ 380, et il me semble que le mouvement total des enfants a été au moins de 500 depuis la

fondation. Ces enfants ne sont pas examinés au point de vue psychique, lors de leur admission, de telle sorte que cette petite population scolaire présente la proportion habituelle d'anormaux. Aussi nous avons eu au début avec ces enfants un certain nombre de difficultés, mais tout finit par s'arranger, grâce à la bienveillante autorité de nos confrères, à la bonté des mères nourrices, grâce au concours des instituteurs et institutrices. Et, cependant, il n'y a pas eu que des cas légers à en juger par les faits suivants :

A Chabris, une mère nourrice est venue dire qu'on lui avait donné une idiote et qu'elle ne pouvait pas la garder. De fait, cette enfant, qui avait cinq ans, ne voulait pas parler, ne répondait pas, ne mangeait que si elle était seule, et, comme elle venait d'avoir de la kératite phlycténulaire, fuyait la lumière et se cachait dans les coins. Le Dr Patrigeon, dont la voix est si écoutée dans le pays, fit comprendre à la bonne femme qu'elle ne devait pas se décourager et peu à peu, dans cette atmosphère de maternelle bonté, l'enfant, qui, jusque-là, avait été pour le moins abandonnée à elle-même, se ressaisit, et j'ai eu la grosse satisfaction de faire constater à M. Faisans que cette fillette n'est plus maintenant qu'une arriérée scolaire, et que dans la vie de relations elle est à peu près normale.

A Couture, une fillette présenta de la kleptomanie. Le Dr Poirier l'avait heureusement placée chez une femme qui avait déjà élevé une vingtaine d'enfants. J'en fais mon affaire, a-t-elle dit, et, de fait, deux ans après, elle montra à MM. Faisans, Méry et moi, une enfant transformée, à qui elle confiait toutes ses clefs.

Le frère de cette fillette était un incontinent diurne et nocturne, sans malformation ou lésion, tant du côté urinaire que du côté anal. Personne dans le village ne voulait le garder. La mère nourrice, qui avait la sœur, a pris le frère, et est arrivée à le rendre propre.

Ces trois faits pourraient être appuyés de beaucoup d'autres moins typiques, moins suggestifs, mais qui montrent la transformation heureuse de la mentalité des enfants placés à la campagne dans de bonnes maisons, choisies en connaissance de cause par des médecins. Du reste, pour notre part, nous ne comprenons pas le placement familial sans que le médecin du pays soit chargé exclusivement de choisir lui-même, et sous sa responsabilité, les familles nourricières. En tout cas, nous demanderons que pour juger le placement familial appliqué aux anormaux dans notre pays, on attende les résultats faits pour le compte de la Seine, ainsi que le signale le rapporteur.

Je voudrais, maintenant, signaler une lacune — ou du moins ce qui me semble tel — non pas dans le rapport, mais dans l'énumération de ce qui constitue le rôle des Sociétés de patronage, d'après Sérieux. Je m'explique :

Ce que j'ai vu m'a prouvé que nombre d'anormaux pouvaient être assez améliorés pour rentrer dans la vie commune et s'y maintenir. Mais j'ai constaté aussi que la plupart de ces individus, qui s'étaient réadaptés à leur milieu social, étaient incapables de s'adapter à la vie militaire. Cette nouvelle et dure existence, qui n'est pas sans éprouver les normaux, trouble profondément les anormaux ; méconnus de ceux qui les entourent, ils se sentent comme perdus. Les uns — le plus petit nombre — s'irritent et deviennent méchants ; les autres — la majorité — s'écroulent, et quand, leur état mental étant reconnu, on les réforme, ils ont perdu du terrain et ne le regagnent pas toujours. C'est là le gros danger pour l'avenir.

J'ai eu l'occasion, cette année de m'occuper de deux de ces malheureux. L'un était le fils d'un petit fermier. C'était, comme on disait dans sa famille, un « simple » ; il avait longtemps gardé les bêtes, et depuis que son âge ne permettait plus de l'occuper ainsi, il ne faisait, dans la ferme, que les travaux les plus élémentaires.

L'autre est le fils d'un de mes amis ; on dut lui faire quitter rapidement les études en commun, et le confier à des maîtres spéciaux. On est arrivé anisi à lui procurer une instruction élémentaire, et le vernis d'une bonne éducation.

Mais il est incapable d'une occupation quelconque. On l'avait, croyait-on, préparé, par un entraînement spécial, à la vie militaire. Cette précaution fut inutile. Celui-ci comme celui-là, à peine incorporé, fut littéralement perdu dans ce nouveau milieu, dans lequel il s'enlisait. Il en avait, en quelque sorte, conscience, et dans ses lettres il appelait à son secours papa et maman. C'était lamentable !

En même temps, chez ces deux recrues se produisit une déchéance physique rapide. Avant que la réforme fut prononcée, le paysan dut être envoyé deux fois à l'hôpital et le citadin à la suit d'un bobo fit un phlegmon profond qui faillit l'emporter.

Je ne voudrais pas généraliser et dire que tout enfant qui a été plus ou moins anormal, doit de ce fait être exempté du service militaire. Il n'y a pas de formule générale, mais des espèces, qui demandent à être examinées par les hommes compétents.

Je crois cependant que la majorité des anormaux réadaptés à la vie civile 'nest pas à sa place dans l'armée, qui, cependant, à l'heure actuelle, peut difficilement éviter leur incorporation. Ils se présentent au conseil de revision en bon état physique, et lorsque l'expert leur dit : « Vous ne vous connaissez pas de cause d'exemption », ils répondent non, et aucune voix ne s'élève pour dire ce qu'ils sont cérébralement.

Eh bien, cette voix devrait se faire entendre. Cette voix aurait dû être dans les deux cas que je viens de citer, celle des parents qui se sont tus par un sentiment que nous devons combattre dans l'intérêt des malades et de l'armée

Pour les anormaux assistés, c'est la voix du Comité de patronage qui devra s'élever. Jusqu'à leur majorité, les pupilles ne doivent pas être perdus de vue par les médecins qui les ont soignés et guéris, et qui devraient remettre au Conseil de revision leur avis motivé sur l'aptitude de leurs ex-malades au service militaire.

Il est incontestable que c'est sur le vu de ces certificats que le Conseil se déciderait, et que l'on éviterait des incorporations regrettables à tous les égards.

L'absence de ces certificats, c'est la lacune que je voulais signaler dans les attributions du Comité de patronage.

M. TERRIEN (de Nantes). — Je me suis attaché surtout à l'œuvre des anormaux perfectibles, des anormaux d'école, dont jusqu'ici les municipalités se désintéressent.

Et pourquoi cette négligence? parce qu'on s'imagine que ces enfants ne sont pas susceptibles d'amélioration et que ces écoles grèveront le budget : objections qu'il est aisé de détruire.

Cette école spéciale pour anormaux ne doit pas être placée dans l'asile. Cette école n'aurait pas d'enfants. Elle doit être placée à la campagne. L'instruction ne doit pas être seulement pédagogique, elle doit être professionnelle.

On peut, en attendant cet institut médico-pédagogique professionnel qui est l'école de l'avenir, se contenter d'une école spéciale au centre de la ville, comme on l'a fait à Bordeaux, avec les élèves externes.

M. REGIS. — Les anormaux doivent être classés suivant une division utilitaire, c'est-à-dire en agités, en instables ou en calmes; de cette façon on sait comment on doit les répartir.

J'estime qu'on ne doit pas grouper les différentes catégories d'établissements pour anormaux, dont nous avons demandé la création. En tout cas, il ne faut pas placer les anormaux psychiques dans les asiles; on se heurterait à la répugnance des familles. Ce qui se passe à Bordeaux en est une preuve. Malgré la gratuité largement accordée, l'établissement organisé près de l'asile ne peut assurer son recrutement, tandis que nous sommes obligés de refuser des enfants dans notre annexe de l'hôpital suburbain.

En tout cas, on doit surtout apprendre à ces enfants un métier manuel : c'est de ce côté que doivent être portés les efforts.

Dans les classes spéciales organisées à Bordeaux, des maîtres spéciaux s'occupent des anormaux pendant quatre heures par jour ; malheureusement, le reste du temps, ces enfants le passent dans leur famille où ils continuent à se contaminer dans un milieu fâcheux à tous égards. L'hygiène y est déplorable, les enfants mal et insuffisamment nourris, ainsi que le prouvent les résultats que nous obtenons en leur donnant une meilleure nourriture.

D'autre part, il est indispensable que dans les écoles ces enfants soient examinés par un médecin, car les anormaux psychiques sont aussi des anormaux physiques ; la proportion de ceux qui sont atteints d'otite, qui ont une vision défectueuse, etc., est considérable. Aussi a-t-on désigné à Bordeaux, en dehors des médecins inspecteurs des écoles, un expert pour chaque spécialité.

En somme, il faut organiser l'assistance des anormaux psychiques comme on l'a fait pour les anormaux sensoriels, les sourds-muets et les aveugles.

M. Ch. RICHET fils. — L'âge d'entrée du malade à l'hôpital médico-pédagogique *doit être fixé à deux ans* (ou deux ans et demi), et non pas à six ans. A ce moment, en effet, on peut déjà commencer l'éducation physique, qui doit précéder l'éducation pédagogique. L'âge de sortie (si l'enfant sort définitivement de l'hôpital-école) ne doit pas être fixé, d'une façon absolue, à seize ans, mais dépend de l'*âge scolaire des enfants.* Tel enfant peut sortir à quinze ans, tel autre à dix-sept ou dix-huit ans. Il faut, avant de porter de façon ferme le diagnostic d'incurabilité, avoir suivi pendant plusieurs années l'enfant. En effet, dans plusieurs observations, l'amélioration ne s'est prononcée de façon précise qu'après quatre ans de traitement, poursuivi malgré un échec apparent.

Des photographies poursuivies d'âge en âge permettent de constater que le traitement médico-pédagogique améliore de nombreux malades ; le résultat peut être suffisant pour que ces individus puissent arriver à gagner leur vie.

M. BOURNEVILLE. — C'est depuis 1881 que je mène la campagne en faveur de l'assistance et de l'éducation des idiots. Je crois avoir prouvé qu'ils étaient, en partie, susceptibles d'amélioration, et qu'on peut les rendre, pour le moins, utiles à eux-mêmes. Le but des efforts doit être d'apprendre à ces enfants un travail manuel, pour permettre de les utiliser dans une certaine mesure.

Quant à l'âge d'entrée, c'est la ville de Paris qui l'a fixé à deux ans, et, de fait, plus l'enfant entre tôt, plus il a de chances de s'améliorer. Pour ce qui est de la date de la sortie, elle doit être basée, non sur l'âge de l'enfant, mais sur son développement, qui seul permet de le classer dans les adultes.

Tous les efforts seront stériles, si l'enfant n'est pas ultérieurement surveillé, soutenu, protégé, par un patronage. C'est la chose capitale, essentielle, et jusque-là nos efforts en vue d'organiser ces patronages n'ont pas été couronnés de succès. Aussi je profite de la présence des dames qui assistent à cette séance, pour leur demander leur bienveillant concours pour protéger ces malheureux enfants. *(Vifs applaudissements.)*

A la suite de cette discussion, M. le Dr Terrien a proposé le vœu suivant qui a été adopté :

« Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes réuni à Dijon, émet le vœu qu'il soit créé dans chaque chef-lieu de département une école de perfectionnement pour enfants anormaux. »

TRAVAUX ORIGINAUX

Les troubles glandulaires dans les syndromes démentiels

par le Dr LAIGNEL-LAVASTINE
Médecin des Hôpitaux de Paris

La démence est une fin. La ruine est toujours la même, quel que soit le chemin qui y mène. Toute démence me paraît organique, car il y a toujours lésion destructive; seulement, comme les facteurs qui les déterminent sont divers, et laissent de leur action des traces anatomiques différentes, je diviserai les démences en trois groupes:

La *démence paralytique,* c'est-à-dire le dernier épisode de la vie des paralytiques généraux; la *démence organique,* terme de l'évolution des diverses psychoses de l'adulte, c'est-à-dire des divers syndromes mentaux, quelles qu'aient été leur symptomatologie et leur durée; la *démence précoce* enfin, qui me paraît être, plus qu'une entité morbide distincte, le dernier acte de processus subaigus ou chroniques du cerveau, commençait dès la puberté chez des sujets prédisposés.

Quoiqu'il en soit d'ailleurs de l'interprétation qu'on en donne, ces groupes sont suffisamment nets pour qu'on voie de quels malades il s'agit quand on parle de troubles glandulaires chez les déments paralytiques, organiques et précoces.

I

LES TROUBLES GLANDULAIRES CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

Chez les paralytiques généraux, l'anatomie pathologique des glandes à sécrétion interne n'a pas été très étudiée.

Après Klippel, j'ai, avec Vigouroux, examiné ces glandes chez de nombreux paralytiques.

Comme Klippel nous y avons remarqué la vaso-dilatation presque constante. On trouvera d'ailleurs quelques-unes de nos constatations dans nos publications antérieures sur la paralysie générale. Dans la *démence paralytique* les lésions surrénales sont la règle.

Elles sont de deux ordres: vaso-dilatation paralytique allant souvent jusqu'à l'hémorragie, à prédominance dans la partie profonde de la corticale, qui me paraît à peu près constante, et très grande abondance des spongiocytes, que j'ai souvent vue en coïncidence avec des lésions rénales et aortiques et qui n'est pas liée aux processus diffus de la paralysie générale comme la vaso-dilatation.

Les hypophyses sont très nettement vaso-paralytiques.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est que, à part la vaso-dilatation secondaire aux lésions nerveuses, toutes les lésions observées sont essentiellement contingentes, liées à la syphilis antérieure, à l'alcoolisme fréquent ou aux infections intercurrentes.

Schmiergeld, dans le laboratoire du professeur Raymond, a étudié histologiquement la thyroïde, les parathyroïdes, l'hypophyse, les surrénales, les testicules, les ovaires, le foie et le pancréas de cinq paralytiques généraux. Comme nous, il a trouvé des lésions. Elles sont, dans la majorité des cas, profondes, mais variables d'un sujet à l'autre. Il semble que les lésions soient maxima chez les paralytiques généraux dont la mort survint plus vite.

Venturini a remarqué que, dans la paralysie générale, les testicules et les ovaires sont souvent atrophiés. Marchand a aussi trouvé les testicules lésés. A priori l'opothérapie dans la paralysie générale ne devrait fournir que des déboires. On ne conçoit pas en effet que quelques grammes de poudre d'une glande à sécrétion interne quelconque, en admettant même que cette glande soit insuffisante dans l'organisme du paralytique envisagé, aient une influence sur les énormes lésions du névraxe qui relèvent évidemment d'une autre pathogénie.

Aussi ne doit-on pas s'étonner des résultats négatifs obtenus par Easterbroock et quelques autres auteurs. Cependant il me paraît nécessaire de faire remarquer la possibilité de l'action opothérapique glandulaire sur certains délires des paralytiques généraux. On sait qu'il est fréquent de voir chez eux des délires à caractère onirique. Vigouroux et Juquelier ont pu les rapporter dans certains cas à l'insuffisance hépato-rénale concomitante. Il est donc permis de se demander si certains délires oniriques des paralytiques généraux ne sont pas sous la dépendance d'insuffisances glandulaires variées, et si l'opothérapie correspondante pourrait les améliorer, sans agir naturellement sur le terrain démentiel dû à la méningo-encéphalite diffuse.

II

Les troubles glandulaires chez les déments précoces.

Ce titre à lui seul me paraît commander un énorme travail, très intéressant à faire. Il comprendrait trois parties.

Dans la première, *clinique*, on rechercherait, chez les déments précoces, tous les symptômes susceptibles de faire soupçonner des perturbations glandulaires, quelles qu'elles soient.

Dans la deuxième, *opothérapique*, on instituerait, soit d'après les indications fournies par les symptômes de déficit glandulaire, soit

systématiquement, des traitements par des extraits ou des poudres de glandes à sécrétion interne et on noterait au jour le jour, dans des observations longtemps poursuivies, les réactions individuelles, en choisissant des sujets jeunes aussi près que possible du début de leur affection.

Dans la troisième partie enfin, *anatomo-pathologique*, on recueillerait toutes les glandes des déments précoces, pour en faire l'examen histologique avec les précautions de technique et d'interprétation nécessaires.

Une pareille étude, poursuivie pendant de longues années, — car les déments précoces, quoique mourant souvent phtisiques, restent très bien dix à vingt ans dans les asiles, — fournirait des documents d'une toute autre valeur que les indications fragmentaires recueillies au hasard de quelques autopsies.

Ainsi Mouratoff a trouvé, chez les déments catatoniques, des lésions thyroïdiennes. Il pense qu'aux processus atrophiques correspondent des symptômes de dépression et aux processus hypertrophiques des idées délirantes, des actions impulsives, de l'excitation catatonique.

Dans la *démence précoce*, j'ai vu dans le surrénale l'hypertrophie de la substance corticale à tendance nodulaire et adénomateuse avec pigmentation abondante de la réticulée.

Avec Vigouroux, à l'autopsie de deux déments précoces, j'ai constaté dans les testicules l'absence complète des *cellules interstitielles*.

Ce fait est digne d'intérêt, car il apporte un argument anatomique en faveur de la thèse de Freud sur l'origine génitale de la démence précoce.

Certes, ce n'est pas avec deux faits qu'on peut s'aventurer dans une pathogénie. Cependant en faisant remarquer la fréquence de l'apparition de la démence précoce à la puberté, on ne peut s'empêcher d'émettre l'hypothèse que, parmi les déments précoces, malades variés, d'origines certainement différentes, il existe peut-être un groupe dépendant de l'insuffisance diastématique. C'est seulement par des recherches longtemps poursuivies qu'on pourra remplacer par une preuve cette hypothèse.

III

Les troubles glandulaires chez les autres déments

J'envisage ici, sous ce titre par élimination, tous les déments qui ne sont ni des déments précoces, ni des paralytiques généraux, c'est-à-dire que classiquement on rappelle des déments organiques ou des déments vésaniques, selon que leur démence fut le terme d'une affection dite organique du système nerveux ou d'un syndrome psychi-

que chronique, sans signes organiques appréciables, dit « vésanie ».

Dans ce vaste groupe il faudrait passer en revue des malades extrêmement nombreux, aboutissants d'affections multiples du névraxe ou du cortex, depuis les déments épileptiques jusqu'aux déments séniles.

Ce travail est à faire.

A l'autopsie des *déments épileptiques* on a signalé des lésions des glandes a sécrétion interne. Récemment, Roger Voisin a cité des hématomes des surrénales. Mais des faits épars n'ont pas d'intérêt pour le sujet actuel. Seules de longues recherches systématiques pourront fournir argument pour ou contre le rôle possible de certains troubles glandulaires dans la pathogénie de certaines épilepsies.

Dans la *démence sénile,* l'hyperépinéphrie a été incriminée comme facteur pathogénique par Sabrazès et Husnot. « Les hypertrophies adénomateuses des surrénales, si fréquentes chez les vieillards, disent-ils, ne peuvent-elles déterminer des lésions de sclérose atteignant, après les vaisseaux, le tissu nerveux lui-même, et devenir ainsi un facteur considérable de l'évolution de la sénilité ? »

Cette hypothèse est séduisante. Certaines démences à évolution assez rapide ne seraient ainsi que la manifestation clinique de la cérébro-sclérose par hyperépinéphrie.

Chez les déments organiques, je ne connais pas d'examens histologiques d'hypophyses, mais *a priori,* on peut penser qu'on trouvera l'hypophyse scléreuse en tant que participant au processus général de sclérose de l'organisme et modifiée dans ses éléments nobles dans deux sens différents, selon qu'elle réagit encore aux poisons de l'organisme ou qu'elle est profondément atteinte dans sa vitalité par la dégénérescence.

Chez les déments, la sclérose testiculaire paraît fréquente. Dans la démence sénile, sclérose cérébrale et sclérose testiculaire peuvent être l'une et l'autre fonction de l'âge ; mais on conçoit, connaissant les expériences de Lortat-Jacob et Sabaréanu sur la plus grande facilité de l'athérome expérimental adrénalinique des animaux castrés, qu'une insuffisance testiculaire précoce puisse être un facteur de démence.

BIBLIOGRAPHIE

BURZIO. Recherches sur l'anatomie pathologique de la démence précoce. (XII[e] Congrès de la Société italienne de Freniatria, Gènes, 1904.)

BRIDIER. Essai sur l'anatomie pathologique des démences. (Th. Lyon, 1902.)

KLIPPEL. La paralysie générale. (Congrès des aliénistes, Bruxelles 1903.)

MARCHAND. Testicules des paralytiques généraux. (Société anat. 1908.)

MONDIO. Contribution anatomique et clinique à l'étude de la démence précoce. (XII° Congrès de la Société italienne de Freniatria. Gènes, 1904.)

MOURATOFF. Glande thyroïde dans la démence catatonique. (*R. russ de méd.*, 1907, n° 3, p. 193.)

SCHMIERGELD. A. Les glandes à sécrétion interne dans la paralysie générale. (*L'Encéphale*, nov. 1907, pp. 500-509.)

VENTURI. *Ital. Retrospect. Journ. Ment. Sc.*, 1894, p. 447.

VIGOUROUX et LAIGNEL-LAVASTINE. Contribution à l'étude de quelques formes de la paralysie générale. (Congrès des aliénistes, Bruxelles, 1903.)

SOCIÉTÉ BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 25 juillet 1908. — Présidence de M. le Dr LEY

Discussion de la question de l'hystérie

M. CROCQ. — Messieurs, dans ses séances des 9 avril et 14 mai derniers, la Société de Neurologie de Paris a abordé l'étude si importante de l'hystérie, déjà étudiée antérieurement dans différents congrès. Afin de rendre la discussion plus fructueuse, le bureau de cette Société a élaboré le questionnaire suivant :

1° Dans l'ensemble des phénomènes rattachés à l'hystérie, n'existe-t-il pas un groupe spécial de troubles qui puissent être exactement reproduits par la suggestion et qui puissent disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion ?

En particulier : certaines variétés de *crises convulsives*, de *paralysies*, de *contractures*, d'*anesthésies*, d'*hyperesthésies*, de *troubles des sens*, de *troubles du langage*, etc., ainsi que certains *troubles respiratoires*, *digestifs*, etc.

N. B. — La question de savoir si les troubles de ce groupe peuvent se retrouver dans d'autres états morbides sera discutée au paragraphe 6.

2° Si l'on admet l'existence d'un groupe de troubles caractérisés, comme il est dit ci-dessus, n'est-il pas légitime et nécessaire de lui donner un nom? — Et lequel? — Le terme de *pithiatisme* ayant été proposé, convient-il de le conserver?

3° *A*. — Ce qu'on a appelé *sigmates hystériques* (hémianesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, polyopie monoculaire, dyschromatopsie, abolition du réflexe pharyngé, zones hystérogènes, etc.),

n'est-il pas le résultat d'une suggestion inconsciente le plus souvent d'origine médicale?

B. — Y a-t-il lieu d'admettre que, parfois, la suggestion ne joue aucun rôle dans la genèse de ces stigmates, et qu'ils peuvent se développer spontanément sous une influence encore inconnue?

4° La suggestion ou la persuasion ont-elles une action :

a) Sur les *réflexes tendineux?*

b) Sur les *réflexes cutanés?*

c) Sur les *réflexes pupillaires?*

d) Sur les *fonctions circulatoires et trophiques* (dermographisme, urticaire, œdèmes, éruptions, hémorragies, ulcères, gangrène)?

e) Sur les *fonctions sécrétoires* (urine, sueur, salive)?

f) Sur la *température* (fièvre)?

5° En admettant que la suggestion ou la persuasion n'aient pas d'action sur les phénomènes désignés ci-dessus, existe-t-il quelque lien entre ces phénomènes et les troubles désignés au paragraphe 1, — provisoirement qualifiés de *pithiatiques?*

Ce lien, s'il existe, est-il un lien de causalité, d'interdépendance, d'association, ou de simple coïncidence?

6° N'existe-t-il pas en dehors de ce qu'on a appelé *Hystérie,* des états morbides au cours desquels on observe des troubles qui présentent les caractères indiqués au paragraphe 1, c'est-à-dire qui puissent être exactement reproduits par la suggestion et qui puissent disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion?

7° L'*émotion* pouvant jouer un rôle dans la genèse de la plupart des troubles nerveux, quel est le rôle respectif de l'émotion d'une part, de la suggestion d'autre part, dans la pathogénie de ces troubles?

8° Comme conclusion :

Faut-il conserver le mot d'*hystérie?*

Si oui, à quels troubles faut-il l'appliquer?

Faut-il le réserver seulement aux phénomènes désignés au paragraphe 1 ? — Ou l'appliquer à d'autres phénomènes encore?

Les membres de la Société étaient priés de ne pas sortir des questions posées et d'y répondre le plus brièvement possible. Certains émirent l'idée que ce questionnaire était trop restreint, qu'il ne permettait pas de discuter à fond certains points importants et qu'il avait une tendance à faire triompher une doctrine au détriment d'autres théories. Vous pourrez constater que ce reproche n'est pas absolument dénué de fondement.

Aussi la discussion ne se termina-t-elle pas par des conclusions bien remarquables; le résultat le plus important de ces délibérations a été de poser nettement les problèmes à résoudre dans l'avenir. Ces problèmes sont nombreux et complexes; leur solution nécessite un travail prolongé et patient; l'entente ne pourra s'établir que si l'on envisage impartialement les faits. Forcément, chacun devra faire des concessions et s'inspirer des idées d'autrui pour faire jaillir la vérité. Mieux que toute autre, notre Société est placée pour envisager de sang-froid, sans idée préconçue, sans passion, la situation actuelle; nos discussions étant, depuis notre fondation, restées franches, sincères et impartiales, nous pouvons avec fruit

aborder la question, échanger nos vues et nous efforcer d'aboutir à des conclusions précises.

Dans le but de faciliter la discussion, je vous ai soumis un questionnaire qui n'a d'autre prétention que d'être très général, de n'avoir aucune tendance spéciale et de permettre à tous d'émettre leurs idées, quelles qu'elles soient.

1° *Que faut-il entendre par suggestion ou persuasion ?*

2° *Les stigmates hystériques (anesthésies, contractures, paralysies, rétrécissement du champ visuel, etc.), sont-ils* toujours *le résultat d'une suggestion? De quelle nature est cette suggestion?*

3° *Les troubles trophiques observés chez les hystériques sont-ils* toujours *dus à la simulation consciente ou inconsciente ou bien peuvent-ils, dans certains cas, résulter directement de la névrose?*

4° *L'hystérie peut-elle provoquer,* par elle-même, *des troubles de la réflectivité; dans l'affirmative, ces troubles sont-ils le résultat d'une suggestion quelconque?*

5° *Le* pithiatisme, *(c'est-à-dire les manifestations susceptibles de se produire et de guérir par suggestion), peut-il exister en dehors de l'hystérie. En d'autres termes, y a-t-il des manifestations morbides autres que l'hystérie que la suggestion peut guérir. Dans l'affirmative, quelles sont ces manifestations et à quelles maladies appartiennent-elles ?*

6° *Quelle est l'influence du* facteur temps *dans les effets curatifs de la suggestion? Doit-on admettre que les manifestations hystériques sont seules susceptibles de guérir rapidement ?*

7° *Peut-on, par suggestion, guérir l'hystérie ou bien n'arrive-t-on, par cette méthode, qu'à faire disparaître certaines manifestations d'un état morbide plus profond ?*

8° *L'hystérie se résume-t-elle dans le pithiatisme; cette névrose est-elle uniquement constituée par des phénomènes de suggestion ?*

9° *L'hystérie n'est-elle pas, avant tout, un état mental particulier ? Dans l'affirmative, cet état mental est-il guérissable par suggestion, c'est-à-dire pithiatique ?*

10° *Faut-il conserver le terme* hystérie *ou faut-il le remplacer par celui de* pithiatisme ?

11° *Quelle est la meilleure définition de l'hystérie ?*

En abordant la discussion de chacune de ces questions, je me permettrai de vous rappeler succinctement les opinions émises à la Société de Neurologie de Paris.

Première question

Que faut-il entendre par suggestion ou persuasion ?

M. CROCQ. — Vous remarquerez, Messieurs, que cette question n'a pas été posée dans le questionnaire français : toute la discussion roulait sur le rôle de la suggestion dans l'hystérie, on voulait même ramener l'hystérie à de simples phénomènes de suggestion, mais personne ne demandait en quoi consistait exactement cette suggestion. Aussi faut-il arriver à la sixième question pour voir un orateur réclamer une définition

de la suggestion! « Pour répondre à la 6e question, disais-je (1), il est nécessaire et indispensable de bien s'entendre sur la signification du mot « suggestion ». Depuis le début de cette discussion, nous parlons sans cesse de suggestion, sans être peut-être d'accord sur la définition de ce terme. Bernheim définit la suggestion : « Toute idée introduite dans le cerveau et acceptée par lui. » Comprise de cette manière, la suggestion fait partie de notre vie courante, elle existe partout et intervient dans la plupart de nos déterminations. La suggestion est un phénomène physiologique banal et la suggestibilité est un attribut essentiel de la mentalité humaine. C'est ainsi que M. Babinski semble du reste comprendre les choses puisqu'il emploie le mot « persuasion » dont l'acceptation est plus vague encore. La persuasion n'est-elle pas un phénomène essentiellement physiologique ? Aussi voyons-nous la suggestion ou persuasion produire ses effets dans les cas les plus variés et où il ne semble pas y avoir hystérie; dans les maladies organiques les plus profondes ne voit-on pas certains symptômes disparaître par la suggestion du médecin ? Celui-ci ne peut-il pas, inversement, s'il est maladroit, créer de toute pièce des symptômes morbides, en dehors de toute hystérie ?

« La suggestion crée des modifications physiques que la suggestion peut détruire, non seulement dans des états morbides multiples, mais encore à l'état normal; la suggestibilité est la caractéristique de l'état mental infantile, de la dégénérescence, de la sénilité et, en général, de toute mentalité débile. Elle existe, d'une manière plus ou moins accusée, chez tous les individus et joue un rôle considérable dans la thérapeutique journalière de toutes les maladies. Le pithiatisme est un phénomène normal dont l'exagération se rencontre dans toutes les formes de débilité psychique. »

Et l'on vit alors que ce terme de suggestion était compris très différemment par les assistants : tandis que Déjerine abondait dans le sens général que j'indiquais, Babinski déclara que le mot suggestion signifie dans le langage courant « insinuation mauvaise ». « Je pense, dit l'orateur, qu'il conviendrait de lui donner aussi dans le langage médical un sens péjoratif et de désigner par le terme « persuasion » l'action par laquelle on cherche à faire accepter par autrui une idée raisonnable ou qui, tout au moins, ne soit pas en désaccord avec le bon sens. »

M. Brissaud rappelle que Littré précise la valeur pérojative du mot suggestion; M. Ballet ne pense pas que la suggestion implique un sens péjoratif. « Mais qu'importe, dit-il, si, dans le langage médical, ce mot a une signification consacrée par l'usage. » Or, médicalement on parle de troubles produits ou guéris par suggestion; laissons à ce mot ce double sens qu'il a en pathologie.

M. Dupré fait remarquer qu'il est difficile de distinguer le physiologique du pathologique. M. Brissaud abonde dans le sens indiqué par M. Ballet: il ne faut considérer la suggestion qu'au point de vue pathologique.

MM. Crocq, Dupré, Dejerine, Vogt ont beau faire ressortir que cette distinction ne repose sur aucune donnée réelle, la discussion ne produit plus rien, chacun conserve ses idées et l'on s'empresse, sans s'être entendu, de passer à la question suivante.

---

(1) In *Revue Neurologique*, n° 10, 30 mai 1908, p. 407.

J'estime que la définition de la suggestion doit être faite clairement avant d'aborder l'étude des phénomènes hystériques : la suggestion a-t-elle une signification étendue, comme l'indique Bernheim, ou bien a-t-elle un sens péjoratif ? Doit-elle être réservée aux phénomènes pathologiques?

M. LIBOTTE. — La suggestion revêt deux allures.

La première est impérative et greffe dans un cerveau, qui la fait sienne sans contrôle, une idée vraie ou fausse, ainsi que l'a dit Bernheim. La mémoire, le jugement n'exercent, dans ce cas, aucune espèce d'action. Le rôle du cerveau qui reçoit est purement passif. Il s'attache à la suggestion comme à un dogme.

La seconde allure soumet aux différentes parties de l'intelligence une idée que le médecin développe en se basant sur ses connaissances de l'étiologie, de la pathogénie. Elle fait aussi appel au bon sens, aux connaissances variables du sujet. L'idée suggérée n'est susceptible de prendre corps qu'après un enseignement, qu'après discussion, qu'après avoir renversé les objections émises par le sujet. Cette allure, pour réussir, doit aboutir à la persuasion. Elle s'appelle la psychothérapie. Elle a une valeur variable avec l'importance que le sujet lui accorde.

Voilà, je crois, Messieurs, une distinction qu'il importe tout d'abord d'établir à propos de la suggestion thérapeutique.

Ces deux allures sont deux modalités distinctes employées par le médecin pour subjuguer des jeux de cerveau atteint de troubles divers.

M. DEROUBAIX. — A mon avis, il faudrait entendre par SUGGESTION, *toute influence exercée sur l'état psychique et capable de déterminer consécutivement (ou conséquemment) des modifications en rapport avec elle.* Cette définition est large, mais il doit en être ainsi; nous ne pouvons voir dans une définition générale ni le côté pathologique, ni le côté thérapeutique, ni même le côté médical exclusivement. On peut, après, faire des divisions si l'on veut, mais la définition doit pouvoir tout comprendre.

M. DEBRAY. — En nous plaçant au point de vue de l'hystérie — si nous admettons que la suggestion se produit — nous devons reconnaître que tout peut être la cause de cette suggestion. Chez un débile mental, un objet, une figure, un geste de statue peuvent être la source d'une suggestion.

Tous nous avons été témoins de suggestions provoquées par des objets, et c'est pourquoi je ne puis admettre l'opinion de M. Libotte quand il dit que la suggestion est unie à une insinuation. Je n'aime pas d'ailleurs ce mot dans l'occurrence, car il implique trop le sens péjoratif que l'on a voulu attribuer au terme « suggestion ».

Quant à la persuasion, elle sous-entend l'existence, chez celui qui la reçoit, d'un cerveau normal et d'une capacité de raisonnement que nous ne trouvons pas chez l'hystérique — lorsqu'il est suggestible.

M. F. SANO. — Je vois que nous sommes d'accord pour considérer que les phénomènes physiologiques et pathologiques existent par suite de mécanismes analogues et comparables. La suggestion est de ceux-ci.

Je propose provisoirement la définition suivante : *la suggestion est l'introduction d'une représentation mentale dans l'esprit d'un autre, sans contrôle de celui-ci.*

Je ne voudrais pas introduire dans la définition une restriction quant à l'intermédiaire employé : parole, mouvement, mimique, parole écrite.

J'accepte la limitation du contrôle, la suggestion se fait sans contrôle, la persuasion se fait avec contrôle. Entre les deux modes, la transition est insensible, mais il est pratiquement important de faire la distinction.

M. DEROUBAIX. — Je ne puis admettre cette définition qui exclut tous les cas d'auto-suggestion. Cette définition est malheureuse. Le confrère Sano confond la représentation mentale, la perception simple, avec la suggestion. Remarquez bien que toute représentation mentale n'exerce pas sur notre état psychique une détermination ; je me représente parfaitement ce chapeau qui est devant moi sans que pour cela il me vienne l'idée de m'en couvrir la tête.

M. SANO. — Dans l'auto-suggestion, il y a dédoublement de la personnalité : on agit sur son propre cerveau comme si c'était celui d'un autre.

M. DEBRAY. — Existe-t-il toujours, chez l'hystérique, un état cérébral tel que, sous l'influence de causes extérieures, le cerveau soit apte à élaborer une représentation mentale ? Ne peut-on supposer que ce cerveau obnubilé corresponde fonctionnellement, dans certaines de ses zones, à la suppression anatomique de ces régions corticales, rendues par conséquent inaptes à conserver l'impression de telle ou telle sensation ?

Dans ces conditions, l'acte posé par l'hystérique, sous l'influence de la sensation susdite, n'est-il pas la conséquence d'un réflexe se produisant inconsciemment pour lui ?

M. LEY. — Il me semble impossible d'admettre que les phénomènes de suggestion doivent se limiter à l'action exercée par l'homme. Ces phénomènes sont tellement généraux et ont une telle compréhension que toute l'ambiance, tout le milieu, peuvent exercer leur influence suggestive.

Je citerai seulement un fait : n'est-il pas certain que, chez beaucoup de médecins, la disposition et l'ameublement de leur salon d'attente et de leur cabinet de consultation exerce une action suggestive souvent voulue et recherchée. La sévérité du lieu chez les uns, l'élégance aimable chez d'autres, exercent sans contredit une influence sur le client. La façon dont on raconte que Charcot recevait ses malades est caractéristique à ce sujet. Il me paraît donc impossible de vouloir limiter les phénomènes de suggestion à une action humaine ; c'est un phénomène beaucoup plus général.

M. CROCQ. — Je crois que la suggestion est un phénomène général qui n'implique pas l'abolition du contrôle cérébral ; ce contrôle est plus ou moins puissant suivant les individus. Je veux bien que l'on appelle persuasion la suggestion acceptée par le moi, c'est-à-dire la suggestion avec contrôle ; mais comment saurons-nous quand ce contrôle existe. Le moi résulte de la conscience ; notre conscience nous donne l'illusion du libre

arbitre dans les actes les plus automatiques. Selon la comparaison de Spinoza, la goutte d'eau qui roule en zigzagant sur le carreau de vitre, prétendrait avoir volontairement dévié si elle possédait la conscience. Chacun de ses mouvements ayant été déterminé par des causes bien déterminées, cette goutte d'eau, devenue consciente, croirait avoir consenti à les exécuter! De même notre conscience nous donne l'illusion d'un contrôle dans l'acceptation d'une suggestion, alors que celle-ci s'exécute ou ne s'exécute pas suivant que nous sommes ou non déterminés à l'accepter.

M. DECROLY pense que si, *théoriquement*, il est difficile de faire la distinction entre une suggestion avec contrôle et une suggestion sans contrôle, cette différenciation peut au contraire être établie *pratiquement*.

M. BOULENGER. — Je ne pense pas que le mot suggestion doive être pris, soit dans un sens péjoratif, soit dans un sens pathologique. On ne suggestionne pas toujours pour faire le mal, ni en privant la personne de ses facultés de raisonnement ou de délibération.

D'ailleurs, ce serait courir un risque sérieux, au point de vue scientifique, que de limiter le mot suggestion à son acception morbide. L'école américaine, qui l'admet actuellement dans un sens extrêmement étendu, n'arriverait plus à nous comprendre si, en français, nous limitions ainsi le sens du mot.

Ainsi un auteur anglais, M. W. Keatinge, développe, dans un livre fort intéressant, le rôle de la suggestion dans l'éducation : *Suggestion in Education*. C'est dire qu'à ses yeux, la suggestion est un processus cérébral normal. Et l'auteur avec raison dit que la suggestion, ou mieux la suggestibilité, varie en intensité, en aspect, suivant l'état de la personne: hypnose, veille, maladie, etc. Un auteur allemand, Stoll, dans *Suggestion und Hypnotismus* (1904, p. 3), dit très explicitement : « L'expression suggestion, au début, ne signifie rien de plus qu'une idée qui est appelée en nous de *différentes façons*, par le monde organique ou inorganique, et qui forme le point initial de processus de pensées futures, quoique nous ne puissions ne pas être conscients de la connexion originelle. »

C'est bien là le sens large de la définition.

Wundt, au contraire, a adopté le sens étroit : « La suggestion est une association accompagnée de rétrécissement de la conscience sur les idées apportées par l'association, de telle façon que les combinaisons psychiques antagonistes ne puissent entrer en jeu. »

Von Schrenck-Notzing adopte le même rétrécissement du sens de ce mot : « La suggestion est le rétrécissement de l'activité associative à un contenu défini de la conscience, de telle sorte que l'emploi de la mémoire et de l'imagination se font dans une voie telle que l'influence des combinaisons d'idées contrariantes est affaiblie ou éloignée, et le résultat en est que le contenu de la conscience s'élève au-dessus de la normale. »

Je pense, pour ma part, qu'il serait bien difficile de toujours agir avec tout le contenu de notre mentalité, au même degré d'intensité. Il est donc fatal qu'un rétrécissement de nos associations à un contenu défini de la conscience se produise à chaque instant chez nous. Lorsque nous décidons d'agir en un sens déterminé, nous éliminons les décisions en sens diver-

gents. Il me semble donc que la définition de Stoll est la meilleure. A moins qu'on ne veuille donner au mot suggestion un sens pathologique.

Mais avant de discuter à fond la signification du mot suggestion, je voudrais avec Fouillère (*Psychologie des idées fausses*), dire que toute sensation suggère une réaction. Les philosophes américains et l'école de William James ont repris cette thèse et ont dit qu'une fois qu'un réflexe était mis en branle, il devait satisfaire à cette invitation. D'ailleurs à leurs yeux, comme aux yeux de Gaston Bonnier, il est ridicule de diviser notre système nerveux en une partie purement sensorielle et une autre purement motrice. Tout l'acte réflexe est sensorio-moteur, l'anatomie comparée démontre du reste la chose : la cellule primitive est sensorio-motrice, le protoplasme ne manifeste son irritabilité que par sa motricité.

Donc, cela a été plus une vue de l'esprit, qui a voulu diviser notre système nerveux en ces deux fractions, que la réalité des faits.

Mais ceci a pour conséquence naturelle que l'idée elle-même est un phénomène sensorio-moteur et non pas un phénomène purement sensoriel. L'idée exige l'action. Dès lors, toute idée que nous assimilons exige une action corrélative ou une modification d'activité corrélative. Toute idée a donc une tendance à se réaliser et est donc une suggestion.

Mais j'insiste sur ce point : toute sensation est en réalité sensorio-motrice, si pas de suite, au moins l'est-elle plus tard.

Comme à chaque incident de notre vie mentale, il ne nous est pas possible d'agir avec tout notre acquis mental, il y a à chaque instant un rétrécissement mental. Et ceci appuie l'idée de notre confrère Sano, au sujet du dédoublement de la personnalité. Ce phénomène de la multiplicité de notre personnalité est journalier ; chaque fois que nous changeons de milieu, nous dissocions et associons nos idées différemment. Chaque milieu sollicite de notre part une attitude mentale différente. Keatinge le dit fort bien (p. 26) : « Si je vais chez un ami philosophe, je me fais un état mental philosophique ; au contraire, vais-je chez un amateur de sport, mon état mental devient sportif. »

Et je dirai avec Keatinge (p. 27) : « Il est évident que l'indépendance relative de grandes sections du cerveau (de grands groupements neuroniques) n'est pas seulement extraordinaire (hypnose), mais est essentielle au développement mental. »

Il n'est pas possible, en effet, que nous poussions la croissance de toutes nos connaissances au même instant et tout à la fois. Nous devons donc adopter des groupements multiples et limités, et dans tous les cas ces groupements multiples et limités supposent évidemment que nous placons à différents endroits les matériaux de notre mentalité.

Et il est certain qu'une idée a plus ou moins d'énergie, non pas d'après sa propre valeur seulement, mais d'après sa force comparée avec les idées qui vont l'entourer, la dominer ou l'annihiler même. La force d'une idée dépend donc essentiellement des circonstances.

Les idées, comme l'a dit Fouillère, luttent entre elles, se sélectionnent, s'éliminent, se modifient réciproquement.

Notre vie mentale est un complexus mental de tendances différentes, nous poursuivons une série de buts différents.

Et nous en arrivons donc à dire que la suggestion est impossible sans une dissociation mentale, plus ou moins prononcée.

— —— —

Mais c'est cette dissociation mentale qui est importante pour la suggestion. En réalité, c'est elle qui constitue la suggestibilité.

Si donc la dissociation mentale, préalable à la suggestion, est normale, c'est-à-dire conserve un contact assez complet de tout le système mental avec le système dissocié, nous aurons une suggestibilité normale et une suggestion normale. Au contraire, si la dissociation mentale est profonde, si le contact de tout le système mental ordinaire avec le système dissocié est presque totalement interrompu, nous aurons une suggestibilité anormale et toute suggestion en l'occurrence sera anormale.

Toutefois, ne confondons pas suggestion avec illusion, comme Binet l'a fait dans sa « Suggestibilité ». Ce n'est pas une suggestion que de dire qu'une ligne est plus courte qu'une autre, si elle se termine par une ligne brisée dont l'angle s'ouvre vers son extrémité, ou en sens opposé; ce n'est pas une suggestion que de trouver qu'il fait froid lorsqu'on passe de 30° à 20°; ce n'est même pas une auto-suggestion, c'est une illusion.

Il ne faut pas non plus appeler, avec Binet, suggestion ce qui n'est que de l'automatisme ou de l'inertie mentale.

Ce qui est très intéressant, d'après les travaux de Boris Sidis (*The Psychology of Suggestion,* n° 9, 1898), c'est que la suggestion directe a moins d'action, à l'état de veille, que la suggestion indirecte.

Il semble donc que la suggestion est incapable d'agir sur un système mental en activité. Dès que, par un état hypnoïde, un état de demi-sommeil, la systématisation mentale perd de son énergie et surtout de sa netteté, la suggestibilité devient plus grande. Il semble que les matériaux mentaux, abandonnés par la main qui les tient habituellement en une construction définie, puissent à ce moment être repris par d'autres mains et construits en d'autres systèmes.

On s'explique aussi pourquoi la suggestion indirecte a plus d'action à l'état de veille. En effet, elle n'utilise que des matériaux du sub-conscient, donc ceux que la construction mentale ordinaire n'utilise pas; elle édifie ainsi dans le sub-conscient, et lorsque le champ de notre activité mentale s'étendra de ce côté, il rencontrera un édifice tout fait, qui, évidemment, imposera, par sa masse, par sa forme définie, une modification de notre édifice mental habituel.

On peut donc dire qu'une idée suggestive produit une influence désintégrative sur nos associations habituelles; elle renverse les idées critiques et inhibitives habituelles. Elle impose une édification mentale nouvelle, suivant sa forme, ses tendances.

Il est donc certain qu'une suggestion est directe ou indirecte, suivant notre état mental; qu'une suggestion est normale ou pathologique suivant notre état mental également.

C'est donc la suggestibilité qu'il est important d'étudier. Et celle-ci dépend de la dissociabilité plus ou moins grande de nos matériaux mentaux et de leur édificabilité normale ou anormale. Cette dissociation peut être brutale et totale, comme dans l'hypnose et chez les hystériques où la dissimulation mentale est continuelle. Le danger de l'hypnose est précisément celui de provoquer une telle démolition mentale, que l'édificabilité n'est plus guère possible ensuite. Cette démolition est peut-être parfois nécessaire. Mais la démolition peut se faire par effritement mental. Le

vieil édifice mental s'écroule petit à petit, au contact d'une idée discrètement introduite; un beau jour, on a la dissociation complète et un nouvel édifice s'érige, mais avec tous les nouveaux matériaux mentaux qui ont été introduits.

Mais, en tout cas, tous les jours nous devons démolir et reconstruire notre édifice mental, plusieurs fois et suivant les circonstances.

De plus une idée présentée brusquement, sous forme de choc mental, inhibe les autres:

Un farceur vous crie : « Attention, il y a un rat qui court sur votre dos », il est probable que vous ferez un mouvement pour vous débarrasser du rat imaginaire.

Au contraire, on vous dit doucement : « Savez-vous qu'il y a un rat qui se promène sur votre dos », les idées critiques naissent et l'édifice mental rejette cette pierre comme fausse.

Dans le premier cas, on a démoli l'édifice mental par des cris, dans le second cas on l'a laissé intact; le premier cas a produit un mouvement concordant, mais une révolte ensuite; le second, au contraire, n'a pu atteindre l'édifice, ni le modifier.

Je pense donc que, sans ces considérations préalables sur notre psychologie habituelle et de tous les jours, dans cette idée, essentielle à mon avis, d'édification et de démolition mentale, la suggestion et la suggestibilité restent incompréhensibles.

Du reste, si l'on a confondu souvent suggestion et suggestibilité, c'est à cause de ce que notre édifice mental est souvent détruit par l'idée qui va servir à réédifier. Or, la suggestibilité n'est que la possibilité de destruction de notre édifice mental, la suggestion est la reconstruction dans un sens nouveau.

Nous dirons donc que la suggestibilité est pathologique lorsque l'édifice mental s'écroule à la moindre impression extérieure; nous dirons aussi que la suggestion est acceptée pathologiquement lorsque l'édification mentale nouvelle se fera exclusivement avec les matériaux fournis par cette suggestion et non pas avec beaucoup d'autres matériaux de la mentalité.

Il est donc aussi pathologique, à mes yeux, de refuser absolument l'entrée des nouveaux matériaux mentaux sans contrôle de leur valeur. L'édifice mental doit se modifier suivant les matériaux nouveaux apportés.

Le rejet sans contrôle d'une idée nouvelle ou d'une idée quelconque forme ce qu'on appelle le négativisme. Celui-ci peut exprimer une impossibilité de réédification mentale, ou bien une édification mentale si fixée, si immédiate, que tout nouvel apport à l'édifice est impossible.

On a donc raison, à mon avis, de dire que la suggestibilité et la suggestion sont des phénomènes normaux, mais qui peuvent, en s'exagérant et dans certaines conditions, devenir pathologiques.

M. DEROUBAIX. — J'admets le terme de biologique et je propose de définir la suggestion : *Un phénomène biologique consistant en toute influence exercée sur l'état psychique et capable de déterminer conséquemment des modifications en rapport avec elle.*

M. BIENFAIT. — La suggestion, au sens large du mot, a été définie par Bernheim «toute idée introduite dans le cerveau et acceptée par lui »;

il s'agit là d'un phénomène banal. La suggestion, telle qu'il convient de l'entendre au sens propre, consiste dans le fait de l'acceptation par le cerveau d'une idée contraire à celles auxquelles il est habitué, et contraire notamment à la logique, aussi le cerveau pourra-t-il engager une lutte contre cette idée.

La persuasion consiste à faire admettre une idée en se basant sur le raisonnement, c'est-à-dire en la rattachant aux idées antérieures acceptées par le cerveau.

M. LARUELLE pense que l'on devrait discuter la question de la *suggestibilité* plutôt que de parler continuellement de suggestion.

M. CROCQ. — Je constate avec plaisir que nous sommes à peu près tous d'accord pour accorder à la suggestion son sens le plus large ; il ne s'agit plus d'un sens péjoratif ou pathologique. Nous avons affaire à un phénomène général, physiologique, biologique, nous ne pouvons donc en restreindre la signification.

Après un échange de vues, la Société admet la définition suivante :

La suggestion est un phénomène biologique consistant dans la détermination d'une représentation mentale et son acceptation par le cerveau, avec ou sans contrôle.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie. Directeur : RAYMOND MEUNIER. (Paris, 1908. Bloud et Cie, éditeurs. Chaque volume : fr. 1.50.)

La *Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie* s'adresse aux professeurs, aux médecins, aux étudiants et au public cultivé, qu'elle renseignera sur les données acquises par la science contemporaine dans le domaine psychologique et physique. Ces données sont aujourd'hui nombreuses et assez solidement établies pour qu'il ait pu paraître opportun de les faire connaître en dehors du monde encore assez restreint des travailleurs de laboratoire et des spécialistes. Ceux-ci trouveront d'ailleurs, parmi ces monographies, une série de mises au point utiles à leurs recherches et des exposés personnels de questions moins étudiées et plus théoriques.

Les volumes de cette collection se répartiront en trois groupes.

Le premier groupe constituera une série historique. Les diverses sciences psychologiques, encore qu'elles aient pris depuis un temps relativement court le caractère expérimental qui est celui sous lequel on doit les envisager spécialement, ont derrière elles un long passé. Il est donc indispensable de les exposer, en quelque sorte « génériquement ». Ce point de vue s'impose tout particulièrement pour certaines questions qui, de près ou de loin, se rattachent à ce que les psychologues contemporains désignent sous le nom de « métapsychie ». Les recherches occultes, les problèmes qu'ont englobé tout à tour la magie, le spiritisme et la théosophie, du moins dans la forme merveilleuse où l'imagination se les représentait, exigent une interprétation historique.

Dans le second groupe seront traitées « les grandes questions psychologiques », c'est-à-dire les problèmes d'un ordre général dont on trouve l'exposé dans les Manuels de philosophie, et que les auteurs se proposent d'étudier selon la méthodologie scientifique à laquelle on doit le renouvellement des sciences psychologiques.

Enfin le troisième groupe, le plus important, sera consacré à l'examen des problèmes spéciaux de psychologie et de métapsychie. Par psychologie, on entend la psychologie normale, pathologique, ethnique et comparée. Quant à la métapsychie, on sait que M. Charles Richet a proposé au Congrès de Rome (1906) ce terme générique pour définir l'ensemble des phénomènes sur lesquels les sciences psychologiques n'ont point encore fourni des résultats concluants.

En résumé, l'ensemble de la collection formera une sorte d'*Essai synthétique sur l'ensemble des questions psychologiques et des problèmes qui s'y rattachent*. Le but sera atteint si l'effort de compréhension psychologique qui caractérise notre époque s'y trouve exprimé.

Viennent de paraître :

Les hallucinations télépathiques, par N. VASCHIDE, directeur adjoint du laboratoire de psychologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes.

Le spiritisme dans ses rapports avec la folie, par le Dr MARCEL VIOLLET, médecin des asiles.

L'audition morbide, par le Dr A. MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif, directeur du laboratoire de psychologique de l'Ecole des Hautes-Etudes.

Les préjugés sur la folie, par la princesse LUBOMIRSKA.

La pathologie de l'attention, par N. VASCHIDE et Raymond MEUNIER.

Les synesthésies, par Henri LAURES.

La mimique chez les aliénés, par G. DROMARD. (In-16, cartonné, de 284 pages. Paris, 1909. Félix Alcan, éditeur.)

Esquirol dit très justement : « L'étude de la physionomie des aliénés n'est pas un objet de futile curiosité. Elle aide à démêler le caractère des idées et des affections qui entretiennent le délire de ces malades. Que de résultats intéressants n'obtiendrait-on pas d'une pareille étude ! »

Il est certain que l'aliéné présente dans sa physionomie, dans ses gestes et ses attitudes, quelque chose qui le distingue du commun des hommes et permet parfois aux moins informés de le taxer de folie. Bien mieux, les cas ne sont pas rares où le simple examen de la mimique permet, sinon de porter un diagnostic immédiat sur la variété de l'affection, du moins d'obtenir des indices suffisants pour diriger l'interrogatoire. Le regard distrait d'un halluciné au cours d'une conversation, le regard anxieux et scrutateur du persécuté, le regard hébété du paralytique général, évoquent *ex abrupto* un « diagnostic d'impression », qui le plus souvent ne se dément pas.

Les auteurs qui ont écrit sur la *physionomie des aliénés* n'étudient pas à proprement parler le *troubles de la mimique*. Ils se placent sur un terrain à la fois plus vaste et plus étroit : plus vaste, parce qu'ils étudient non seulement les jeux du visage mais le visage au point de vue plastique et dans sa morphologie ; plus étroit, parce qu'une étude de la mimique ne comprend pas seulement les caractères de la *physionomie*, mais ceux des *gestes* et des *attitudes*.

L'auteur met de côté les anomalies de conformation, les asymétries et tous les caractères morphologiques si fréquents chez les aliénés en général et prin-

cipalement chez ceux qui appartiennent au cadre touffu de la dégénérescence. Par contre, il élargit au maximum la portée de la fonction mimique proprement dite, mais sans aborder toutefois le domaine des actes complexes, car étudier un malade dans l'ensemble de ses réactions ce serait l'étudier tout entier, et une pareille tâche devrait confiner à une revision générale de l'aliénation.

La plupart des ouvrages décrivent dans chaque cadre nosographique l'aspect extérieur d'un type déterminé, dont on s'efforce de peindre par le détail toutes les particularités d'expression. Mais ce ne sont là que tableaux épars, sans esprit de synthèse, sans essai d'abstraction ni tentative de groupement. Or, le grand intérêt d'une étude sur la mimique chez les aliénés réside dans les rapports qu'affecte cette modalité d'extériorisation avec les états fonciers qu'elle extériorise. Il paraît donc utile d'envisager, au nom de la psychologie morbide, les relations qui unissent la mimique aux trois sphères *intellectuelle*, *affective* et *volitionnelle;* et à ce titre, l'auteur s'éloigne du terrain purement objectif. Cette tentative répond à des besoins nouveaux; elle permet de grouper des observations éparses en vue d'une *classification méthodique.*

La simulation de la folie, par A. MAIRET. (Montpellier, 1908. Coulet et fils, éditeurs. In-8° de 325 pages.)

La simulation de la folie ne date pas d'hier et ce n'est pas d'hier non plus qu'elle retient l'attention du médecin et ressortit à son diagnostic. Galien nous dit que, déjà de son temps, le public voulait qu'il appartint au médecin de la dépister. Elle a donc une histoire et cette histoire veut être connue dans ses grandes lignes. L'auteur lui consacre le premier livre de ce travail. Dans cet historique il réserve une place à l'étude d'un simulateur, Hamlet, dont le type créé par le puissant génie de Shakespeare, reproduit un genre de simulation que la science devait dégager seulement dans ces dernières années.

Cet historique terminé, l'auteur groupe et étudie les observations cliniques qui lui sont personnelles ou celles publiées dans la science. Son travail repose, en effet, tout entier sur elles; elles seules parleront; l'auteur se contente de les classer et de mettre en relief les enseignements qu'elles comportent.

La simulation se présente sous deux aspects, suivant que le simulateur allègue seulement avair commis l'acte qui lui est reproché sous l'influence d'un délire passager, ayant actuellement disparu, ou suivant qu'il simule réellement la folie, c'est-à-dire qu'il se présente au médecin sous les apparences d'un aliéné. L'auteur concacre le livre deuxième à l'étude des faits du second groupe, sous la rubrique de *folie simulée*, et il réserve le livre troisième à celle du premier groupe, à la *folie alléguée*. On voit, à propos de la folie simulée le simulateur pouvoir être parfois un aliéné *(aliéné simulateur)*.

La simulation relevant de la volonté, on pourrait se demander si les observations de simulation ne sont pas trop disparates pour être groupées et permettre un travail d'ensemble. Cette crainte doit être écartée. Les faits montrent que les masques divers pris par les simulateurs doivent pouvoir être groupés dans des formes diverses elles aussi, qui, dans la très grande majorité des cas, sont celles sous lesquelles se manifeste la folie vraie.

Une étude d'ensemble peut donc être faite. Suivant les grandes lignes que nous venons de tracer, l'auteur divise son livre en trois parties : *historique*, *folie simulée*, *folie alléguée*, après quoi il parle de la *responsabilité du simulateur.*

Psycho-physiologie de la douleur, par I. IOTEYKO et M. STEFANOWSKA. (In-8° de 250 pages. Paris, 1909. Félix Alcan, éditeur. Prix : 5 francs.)

Nos éminentes collaboratrices présentent au monde scientifique la première œuvre d'ensemble qui ait paru sur la douleur. S'inspirant de leurs recherches

personnelles, les auteurs admettent l'existence d'un sens spécial, celui de la douleur, ayant son appareil nerveux distinct et ses nerfs dolorifères; cette remarquable étude se termine par une théorie biologique de la douleur et un exposé de son rôle phylactique; nous reproduisons ce chapitre .

La douleur, dit Mantegazza, se dresse devant nous comme une erreur de la nature ou comme une faute de l'homme.

Si on examine de près le phénomène général de la sensibilité de relation, on peut facilement découvrir qu'elle a dans sa naissance et son développement un but, qui est la conservation. Le principe *esthophylactique*, établi par Sergi, se rapporte à la défense de l'individu. Pourtant, de même que la sensibilité trophique se manifeste par l'activité nutritive, ainsi la sensibilité phylactique se manifeste par le mouvement. Et sans le mouvement, la défense serait impossible, et par suite aussi la conservation. La sensibilité et le mouvement constituent donc les moyens de défense de l'être vivant et concourent avec les autres fonctions organiques à sa défense. L'ensemble de ces deux fonctions forme ce que Sergi appelle *esthocinesis*, sens et mouvement.

La sensibilité a pour fin la protection de l'organisme, qui doit *s'adapter* pour vivre et se conserver. Or, dans les êtres vivants actuels, qui se sont déjà, en général, adaptés aux conditions d'existence, il peut se produire, dans le milieu où ils vivent, des influences externes, qui ne sont pas adaptées à eux soit entièrement, soit en partie. La sensibilité de relation, développée sous cette influence et pour la défense, avertit de l'antagonisme qui existe entre l'être vivant et les actions extérieures. Cet avertissement ne peut être qu'un état de conscience que nous appelons *douleur*.

La douleur est donc un état de conscience qui révèle un conflit entre la force extérieure et la force organique, le défaut d'adaptation de celle-ci à la première, et une réaction sans compensation. Le plaisir, par contre, est un état de conscience qui révèle qu'il y a adaptation entre les forces extérieures incitantes de la force organique incitée.

Cette fonction phylactique de la douleur a été exposée avec talent par Ch. Richet. Nous le suivrons dans cette étude :

1° La douleur est produite par une excitation forte;

2° Les excitations fortes désorganisent les tissus et sont funestes à la vie des êtres et aux fonctions des organes;

3° Le souvenir de la douleur persiste avec une extrême puissance dans la mémoire, et nous sommes constitués de telle sorte que ce que nous craignons le plus, c'est la douleur;

4° Par conséquent, nous sommes organisés de telle sorte que nous fuyons toutes causes de destruction ou de perversion de nos tissus.

Il en résulte que la douleur peut être conçue comme souverainement utile, puisqu'elle nous fait fuir ce qui est périlleux pour l'organisme.

Rappelons en quoi consiste la défense d'un organisme par les actions réflexes.

Dès qu'une excitation quelconque, funeste, destructive, a atteint un nerf sensible, aussitôt tout l'organisme vivant se met en état de défense. Il se fait des actions réflexes locales, comme le clignement des paupières, la toux, l'éternuement, le retrait des membres excités; et des actions réflexes générales, comme le vomissement, l'élévation de la pression artérielle, les mouvements de fuite, l'accélération du cœur et de la respiration, la dilatation (ou la constriction) des vaso-moteurs.

Tout cet appareil de défense ne nécessite ni la conscience, ni l'intelligence. Chez les batraciens, les réactions de l'être aux excitations fortes ne sont pas essentiellement modifiées par la décapitation.

Chez l'homme aussi, dans les cas d'anesthésie chirurgicale par le chloroforme, il y a contre le traumatisme exécuté par le chirurgien des défenses violentes, qui semblent conscientes et voulues, tant la précision et la puissance de ces mouvements sont grandes. Les individus qui se noient, perdent, à un certain moment de l'asphyxie, toute notion consciente, et pourtant ils continuent à se débattre, à s'accrocher aux objets voisins qui peuvent leur servir de planche de salut, tout comme s'ils étaient intelligents et conscients. On ne doit cependant pas dire qu'ils souffrent, puisqu'alors la conscience n'existe plus.

On pourrait donc parfaitement concevoir qu'il y ait une efficace défense des êtres contre les causes externes de destruction, sans qu'il y ait conscience et douleur, et, de fait, il est permis de supposer que, chez beaucoup d'êtres supérieurs, la réponse réactionnelle au traumatisme et à l'excitation forte n'est pas accompagnée d'une perception douloureuse.

Ainsi donc un premier examen superficiel pourrait nous faire croire que la douleur est inutile, puisque les êtres vivants peuvent se défendre, sans éprouver de douleur, contre des excitations fortes et destructrices, rien que par le jeu des réflexes appropriés. Dans la nature, il existe quantité innombrable d'êtres se défendant uniquement par de simples réflexes sans qu'il y ait conscience et, par conséquent, douleur.

Mais toutes ces réactions de défense qui protègent l'organisme attaqué, fuite, retrait des membres, réactions locales, viscérales, défenses spéciales, etc., ne sont que des défenses consécutives. Elles succèdent à l'excitation, mais ne l'empêchent pas d'avoir lieu, et ne la préviennent pas. Or, le plus souvent, malgré l'énergie de la défense, il est trop tard pour que le secours soit efficace. Il n'est plus temps de se défendre contre un serpent venimeux quand sa morsure a fait pénétrer son venin dans le sang; la douleur cruelle que le poison provoque sera absolument insuffisante pour en arrêter l'évolution fatale.

Donc, cette douleur cruelle n'est pas inutile. Elle est inutile au point de vue de la défense consécutive. Elle est très efficace comme défense préventive.

De là cette différence entre les êtres inférieurs et les êtres supérieurs, que chez les êtres inférieurs la défense préventive, déterminée par la crainte de la douleur, n'existe pas. Ils réagissent contre le traumatisme, quand le traumatisme les a atteints; ils ne sont pas organisés pour prévenir le traumatisme possible.

Ils ne sont pourtant pas dépourvus totalement de défenses préventives, car l'instinct les protège. Aussi pourrait-on, à la rigueur, concevoir un monde organisé où les défenses préventives seraient organisées par les instincts et non par la crainte de la douleur. En réalité, chez un grand nombre d'êtres, c'est l'instinct qui fait fuir le danger. Ce n'est pas le souvenir des douleurs anciennes qui fait que l'animal évite les dangers; c'est par suite de son organisation psychique que fatalement telle ou telle excitation extérieure détermine chez lui les mouvements qui assureront son salut.

Mais, si merveilleusement adapté au monde extérieur que soit l'instinct, il ne peut pas suffire à prévoir les infinies diversités du danger. Pour prévoir, pour prévenir les périls qui sont innombrables et prennent toutes les formes, on peut dire que la douleur est un élément nécessaire. Les êtres pourvus d'instinct sont de purs automates, qui affrontent sans crainte un danger non prévu par leur structure psychique. Au contraire, les êtres qui connaissent la douleur ont été par elle avertis de ce danger nouveau, et ces avertissements salutaires les préservent; car ils se garderont bien de recommencer.

Contre les traumatismes, les poisons, les venins, les morsures, les brûlures, nous sommes prémunis par la crainte de la douleur. C'est le souvenir de la douleur qui règle la conduite des êtres intelligents. La douleur est donc une défense préventive intelligente, tandis que l'instinct est une défense préventive

automatique. Une grenouille martyrisée plusieurs fois ne sera pas différente d'une grenouille intacte. Comme elle n'a pas gardé le souvenir de la douleur, elle ne modifiera pas sa conduite d'après les douleurs anciennes.

Tout autre est l'être humain. Chaque douleur aura modifié son être psychique, l'aura forcé à réfléchir, à prévoir. Il fera effort pour éviter de nouvelles douleurs.

La douleur a donc une finalité, et une finalité très haute : c'est elle qui nous fait faire un effort vers une intelligence plus complète des choses; et cette intelligence des choses fait que nous ne sommes plus de purs automates, mais des êtres conformant leur vie aux variations du milieu ambiant. Le triomphe de l'homme sur les autres animaux dans la nature montre bien la supériorité de l'intelligence sur l'instinct dans la lutte pour l'existence; de sorte qu'au lieu de considérer, au point de vue biologique la douleur comme un mal, nous devons la tenir comme l'élément fondamental du progrès humain.

« Ce qui fait la conscience de l'homme, c'est la douleur » (Gœthe).

L'occultisme hier et aujourd'hui, par J. Grasset, avec une préface de M. Émile Faguet, de l'Académie française. (1 vol. in-8° écu (0,200 × 0,130) de 472 pages. Montpellier, 1908, Coulet et fils, édit. Prix : 5 francs.)

En présence du *merveilleux* et des phénomènes *occultes*, qui passionnent tout le monde à notre époque, les savants ont souvent une attitude trop dédaigneuse ou trop confiante : les uns haussent les épaules en souriant et refusent de discuter les expériences faites, les autres acceptent les résultats publiés en supposant trop facilement à *tous* les expérimentateurs la parfaite bonne foi et la science avertie qu'ils ont eux-mêmes.

Le Dr Grasset a essayé, dans son dernier livre, d'éviter ce double écueil. Il discute, très sérieusement et scientifiquement, sans jamais se moquer. Il sépare les *théories* et les *faits*, montre que les théories sont encore prématurées et réfute le spiritisme (évocation des esprits) et les radiations psychiques (peresprit, corps astral, biomètres).

Quant aux faits, il montre que les phénomènes occultes ne sont pas encore scientifiques, mais qu'ils peuvent le devenir : ils constituent le *merveilleux préscientifique;* l'occultisme peut ainsi être considéré comme la *terre promise* de la science.

Et, en fait, bien des phénomènes considérés *hier* comme occultes ne le sont plus *aujourd'hui.* Parmi ces faits actuellement *désoccultés* et devenus scientifiques, l'auteur passe en revue : le magnétisme animal et l'hypnotisme, les mouvements involontaires inconscients (tables tournantes, pendule explorateur, cumberlandisme avec contact), les sensations et la mémoire inférieures (fausses divinations, cristallomancie, réminiscences et faux jugements du psychisme inférieur), enfin l'association des idées et l'imagination inférieures (transes et romans des médiums).

Pour les faits qui restent encore occultes à l'heure actuelle et dont la démonstration expérimentale n'est pas encore faite, mais peut être recherchée et espérée, il les divise en deux groupes : 1° faits dont la démonstration, si elle est possible, paraît, en tous cas, lointaine : télépathie et prémonitions, apports à grande distance, matérialisations de fantômes; 2° faits dont la démonstration paraît moins éloignée et, en tous cas, doit être recherchée tout d'abord : suggestion mentale et communication directe de la pensée, déplacements voisins sans contact (lévitation et raps), clairvoyance.

Sur tous ces points, l'auteur expose les conditions que devront remplir les expériences de l'avenir pour établir scientifiquement l'*existence,* non encore démontrée, de ces faits.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques considérations sur l'influence de la menstruation sur la fréquence des accès d'épilepsie

par

C. PARHON
Docent et chef de travaux
à la Clinique de maladies nerveuses
de Bucarest.

et

C. I. URECHIA
Interne des Hôpitaux
de Bucarest.

L'influence que la fonction périodique menstruelle exerce sur l'apparition des accès épileptiques n'a pas échappé aux auteurs qui se sont occupés de la question de l'épilepsie.

Pourtant, on ne saurait dire que nous connaissons d'une façon parfaite le déterminisme de cette influence, laquelle s'exerce d'ailleurs, dans certains cas, d'une façon tout à fait opposée.

En outre, cette question nous semble succeptible d'être regardée sous un jour nouveau, à la lumière des faits apportés par l'étude des sécrétions internes et de leur influence sur le métabolisme général.

Aussi, il nous a semblé intéressant de reprendre cette question et de montrer sous quels angles elle peut être envisagée aujourd'hui.

La plupart des auteurs signalent l'influence exagératrice de la fonction menstruelle sur les attaques d'épilepsie. Les accès se multiplient en général et peuvent gagner en intensité.

C'est ainsi que Georget (1) a remarqué que beaucoup de femmes étaient dans la période menstruelle lorsqu'elles avaient éprouvé la frayeur qui les rendit épileptiques. Peut-être faut-il tenir compte, dit Féré (2), de la susceptibilité particulière du cerveau à cette époque, de la suppression menstruelle et de la frayeur; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que l'écoulement se rétablit très souvent sans que l'épilepsie cesse de se manifester.

Féré cite encore Marotte, Gowers, A. Voisin, qui ont montré que la menstruation active souvent l'épilepsie, en rendant ses accès plus fréquents et plus intenses.

Beau (3), Brière de Boismont (4), Villard (5) ont observé, eux aussi, l'influence aggravante de l'épilepsie sur les accès épileptiques.

Spartling (6) remarque que la grande fréquence de l'établissement de l'épilepsie entre douze à dix-huit ans, chez la femme, s'explique par l'apparition de la puberté et l'instauration des règles.

Marinesco et Serieux (7) ont noté le rôle provocateur parfois prépondérant de la menstruation.

Gélineau (8) signale, lui aussi, la fréquence remarquable des accès aux approches ou pendant la menstruation.

Grasset et Rauzier (9) notent également la recrudescence des accès pendant les menstrues. Dans les cas de Brennan (10) et Russel (11), sur lesquels nous reviendrons dans un instant, les accès ne se produisaient que pendant cette époque.

Dans un travail récent, Trepsat (12) étudie la même influence dans dix-huit cas d'épilepsie et arrive d'ailleurs à la même conclusion. Cet auteur étudie aussi l'influence de l'épilepsie sur la menstruation.

L'épilepsie rendrait fréquemment la menstruation troublée et irrégulière. Cette dernière proposition nous semble moins précise, car, si l'on sait bien ce que c'est que la menstruation, il n'en est pas de même pour l'épilepsie, et il nous semble qu'on ne peut nullement affirmer que c'est l'épilepsie qui trouble la menstruation. On peut admettre plutôt que ce trouble soit en rapport avec une altération du métabolisme et qu'il ait une cause commune avec l'épilepsie.

Maes et Claude (13), dans un travail récent sur l'épilepsie, donnent 16 observations concernant des femmes. Chez cinq de ces dernières, nous trouvons signalée une action aggravante de la menstruation. Dans un seul cas, elle a semblé, par contre, écarter l'attaque imminente. Dans trois autres de ces cas, la menstruation n'exerçait aucune influence. Enfin, dans sept cas, nous ne trouvons aucune indication à cet égard.

Le cas unique où la menstruation a semblé écarter l'attaque imminente, nous amène à un autre ordre de faits, dans lesquels la menstruation a eu une action salutaire évidente sur l'épilepsie.

C'est ainsi qu'Elliotson (14) signale le fait d'une épileptique ayant eu des attaques pendant l'enfance, mais ayant cessé complètement pendant l'époque menstruelle. La ménopause amena, dans ce cas, la réapparition des accès.

Bianchini a observé une femme épileptique depuis l'âge de trente-deux ans, quand les menstrues furent supprimées. Depuis lors, elle a chaque mois une attaque épileptique correspondant aux époques où elle devait avoir les menstrues.

On trouve, en outre, un certain nombre de cas dans lesquels il s'agit de femmes épileptiques qui n'ont jamais été menstruées. On trouve de pareilles observations dans le travail de Toulouse et Marchand (15), concernant les effets de l'opothérapie ovarienne dans l'épilepsie, et nous observons en ce moment, dans le service de notre maître, M. le Prof. Marinesco, une jeune fille épileptique, laquelle non plus n'a jamais été menstruée.

La relation entre l'aménorrhée et l'épilepsie mérite d'être étu-

diée de plus près. Jusqu'à présent, nous ne pouvons rien dire de précis à ce point de vue, bien qu'on puisse supposer que l'une et l'autre sont fonctions d'une cause commune, une perturbation d'origine et de nature inconnues du métabolisme général.

Chez deux épileptiques du service de M. Turbure, nous avons constaté une influence aggravante des plus manifestes de la menstruation sur les attaques épileptiques.

Chez l'une d'elles, la malade R..., âgée de vingt-cinq ans, nous trouvons, par exemple, pour le mois de juin, neuf accès, dont six pendant la menstruation, qui dura six jours. Par contre, dans les sept jours suivants, elle n'eut qu'un seul accès.

Au mois de décembre, du 1er au 11, nous ne trouvons aucun accès signalé. Du 11 au 17, — l'époque de la menstruation — elle présente, par contre, deux accès. Pendant les quatorze jours suivants du même mois, nous ne trouvons que trois accès. Donc, sur un total de cinq accès répartis sur trente et un jours, nous en trouvons deux pour six jours menstruels et trois pour vingt-quatre jours non menstruels!

Chez la deuxième malade, N..., âgé de dix-huit ans, nous trouvons, pour le mois de juillet, neuf accès répartis comme il suit : trois accès pendant les trois jours pré-menstruels, quatre accès pendant l'époque menstruelle et seulement deux aocès pendant les douze jours qui la suivent!

Pour le mois d'octobre, nous trouvons huit accès, dont trois pendant les cinq jours pré-menstruels et cinq pendant les cinq jours menstruels. Pendant le reste de ce mois, l'épilepsie resta muette! De plus, cette même malade resta pendant un mois sans menstruation et elle n'eut qu'un seul accès pendant ce mois. Une autre fois, elle eut une menstruation supplémentaire et elle fut également accompagnée par une attaque d'épilepsie.

On peut donc dire que, dans la plupart des cas d'épilepsie, la menstruation exerce une action aggravante.

Comment expliquer cette action?

Il est un fait acquis que la menstruation est une fonction de l'ovaire, lequel agit — au moins en partie — par l'intermédiaire de sa sécrétion interne; autrement dit, par une substance chimique, et la meilleure preuve est que cette fonction disparaît par la castration et qu'elle peut réapparaître même dans des cas pareils, ainsi qu'on l'a observé, et dans des cas d'aménorrhée naturelle à la suite de l'opothérapie ovarienne.

On est conduit, de cette façon, à voir dans l'exagération de l'épilepsie pendant la menstruation une action favorable de la sécrétion interne de l'ovaire sur le trouble du métabolisme, lequel préside à la génèse de l'épilepsie.

A ce point de vue, il nous semble intéressant d'établir un rapprochement entre cette explication et une hypothèse émise par

Sabbattani (16) et soutenue notamment par Silvestri (17), et pour laquelle Netter (18) incline également.

Sabbattani a démontré que les sels de calcium ont une action sédative sur les fonctions de l'écorce cérébrale, tandis que les sels de sodium ont une action excitante, d'où la possibilité que l'épilepsie soit en fonction d'une espèce de décalcification dans les centres nerveux. Silvestri s'est fait surtout le défenseur de cette opinion.

Le rapport entre certains phénomènes convulsifs et les troubles du métabolisme calcique semble ressortir également de certains faits chimiques expérimentaux, et est appuyé même par l'analyse chimique directe du cerveau.

C'est ainsi que Robert Quest (19), analysant le cerveau de trois enfants ayant succombé à la suite de la tétanie, trouva le calcium diminué, en comparaison avec celui qu'on observe à l'état normal. Le rapport du calcium au sodium était de 269 à 240; 226 au lieu de 150 à 160, moyenne chez les enfants normaux du même âge.

Netter, employant le chlorure de calcium dans trois cas de tétanie, observe trois guérisons, et nous-mêmes avons observé une action sédative avec le chlorure de calcium de la tétanie expérimentale, à la suite de l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien.

Netter pense même que ce qu'on appelle la cure de déchloruration, dans le traitement de l'épilepsie, n'agit réellement que par la diminution du sodium, élément antagoniste du calcium.

Quoi qu'il en soit, il nous semble intéressant que, ainsi que Curatullo et Tarruli l'ont entrevu et qu'il ressort d'une constatation de Sénator et d'un travail de l'un de nous avec Papinian (20), on doit admettre que l'ovaire favorise l'élimination du calcium de l'organisme.

Or, la menstruation étant fonction de la sécrétion interne de l'ovaire, on peut penser que c'est par le fait d'une décalcification de l'organisme que cette fonction exerce son action aggravante sur l'épilepsie.

Naturellement, de nouvelles recherches sont nécessaires à ce point de vue. Il serait surtout intéressant de rechercher l'état du métabolisme calcique chez les épileptiques pendant la menstruation et dans les périodes intercallaires, et cela en rapport avec la fréquence des attaques.

Il serait intéressant de connaître quelle est l'action exercée par l'opothérapie ovarienne sur cette même fréquence et dans différents cas d'épilepsie chez la femme.

Jusqu'à présent, nous ne trouvons à signaler, à ce point de vue, que les observations de Toulouse et Marchand, chez cinq femmes épileptiques *choisies* parmi celles qui présentaient des troubles menstruels. Ils eurent, sous l'influence de ce traitement, trois améliorations et deux aggravations. Le premier cas concerne une malade de 28 ans ayant des accès épileptiques depuis son bas-âge.

Elle n'a jamais été réglée. Elle a été traitée par du Brk dans les trente jours qui ont précédé le traitement ovarien : 2 grammes par jour ,depuis le 24 février jusqu'au 8 mai 1898, soit durant sept jours. Trente-huit jours après le début du traitement, elle eut ses premières règles, qui durèrent cinq jours et se reproduisirent les mois suivants.

Voici les effets obtenus dans ce cas :

	Nomb. de jours observés	Nombre des accès	Nomb. de jours p^r un accès	Nombre des vertiges	Nomb. de jours p^r un vertige
	—	—	—	—	—
Avant le traitement	86	61	1.4	6	15
Durant le »	74	31	2.3	1	74
Après le »	206	91	2.2	9	23

Donc, le traitement ovarien a diminué dans ce cas le nombre des accès et surtout des vertiges. L'effet a été plus sensible durant la période de traitement.

La deuxième malade, jamais réglée, âgée de vingt ans, avait des accès depuis l'âge de quatorze ans. Depuis plusieurs mois, avant le début du traitement, elle prenait du bromure à la dose de 4 grammes par jour, qui fut supprimé. A la place, on lui donne l'extrait d'ovaire durant cent trente-six jours, avec des périodes de repos. Les règles n'ont pas paru.

Voici le résultat :

	Nomb. de jours observés	Nombre des accès	Nomb. de jours p^r un accès	Nombre des vertiges	Nomb. de jours p^r un vertige
	—	—	—	—	—
Avant le traitement	123	45	2.7	10	12.3
Dans les périodes de traitement	136	68	2	30	4.5
Dans l'intervalle des périodes de traitem^t	126	60	2.1	32	3.9

Chez cette malade, le traitement n'a eu aucune efficacité sur le nombre des accès. Les accès et surtout les vertiges ont même augmenté de fréquence depuis le début de la médication ovarienne.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une jeune fille, âgée de dix-huit ans, qui avait été réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans. Elle eut une forte émotion pendant ses premières règles, qui furent supprimées, et son premier accès eut lieu à la même époque. Depuis, la malade n'a jamais été réglée. Elle avait absorbé durant le mois qui précède le traitement, du bromure, à la dose de 2 grammes par jour. Le 14 mars 1898, elle commence à prendre de l'ovarine, à la dose de 1 gramme par jour, avec des interruptions de quelques jours. Cinquante-deux jours après, les menstrues n'apparurent pas et revinrent les mois suivants.

Voici le résultat du traitement :

	Nomb. de jours observés	Nombre des accès	Nomb. de jours p^r nu accès	Nombre des vertiges	Nomb. de jours p^r un vertige
Avant le traitement	122	49	2.4	18	6.7
Dans les périodes du traitement	53	13	4	4	13.2
Dans l'intervalle des périodes du traitem^t	118	47	2.5	3	39
Après le traitement	141	66	2.1	5	28

Le nombre des accès et des vertiges a diminué durant la période du traitement. Cette amélioration ne s'est pas maintenue pour les accès pendant la période de repos thérapeutique, mais s'est accentuée pour les vertiges (qui ont peut-être diminué à cause de l'augmentation numérique des accès).

Dans le quatrième cas, il s'agit d'une femme, âgée de quarante-trois ans, ayant subi à vingt ans l'ovariotomie double. Depuis, elle n'est plus réglée, mais eut d'abord chaque mois des attaques d'épilepsie, puis celles-ci n'apparurent plus régulièrement tous les mois.

Chez elle, le traitement ovarien n'avait pas été précédé par un traitement bromuré. Elle le continue depuis le 14 mars jusqu'au 9 août 1898, avec quelques périodes de suspension.

Voici le résultat :

	Nomb. de jours observés	Nombre des accès	Nomb. de jours p^r un accès	Nombre des vertiges	Nomb. de jours p^r un vertige
Avant le traitement		(N'a pas été observé)			
Durant les périodes du traitement	101	15	6.7	2	50
Dans l'intervalle de ces périodes	193	36	5.3	20	9.6
Après le traitement	142	23	6.1	15	9.4

Dans ce cas, le traitement a amené une légère diminution des accès et une diminution beaucoup plus manifeste pour les vertiges.

Enfin, dans le cinquième cas, il s'agit d'une femme, âgée de quarante-six ans, atteinte d'attaques épileptiques depuis la ménopause. Le traitement ovarien, qui n'avait pas été précédé par un traitement bromuré, commence le 15 février et dure jusqu'au 5 juillet, avec quelques périodes de repos.

En voici le résultat :

	Nomb de jours observés	Nombre des accès	Nomb. de jours p^r un accès	Nombre des vertiges	Nomb. de jours p^r un vertige
Avant le traitement		(N'a pas été observé)			
Pendant la période du traitement	83	5	16.6	2	41
Dans l'intervalle des périodes du traitem^t	144	4	36	7	20.5
Après le traitement	122	3	40.6	7	17.4

Chez cette malade, le nombre des accès a été plus fréquent pendant les périodes de traitement ; les vertiges ont, au contraire, diminué de fréquence.

Les résultats favorables obtenus dans la majorité de ces cas tiennent, probablement, à ce que, dans ces cas, il s'agit de malades dont l'épilepsie affecte des rapports intimes avec les troubles menstruels, ou dans lesquels ces troubles existaient en tout cas.

Il serait intéressant de connaître le résultat de l'opothérapie ovarienne chez des épileptiques n'ayant pas de troubles si marqués de la menstruation.

D'ailleurs, nous ne savons pas quel mécanisme lie, dans ces cas, les troubles menstruels et l'apparition des attaques.

Mais, il nous semble intéressant de signaler que, dans les cas de Brennan et dans celui de Russel, l'extirpation des ovaires avec greffe au fond de l'utérus, dans le cas de Brennan, fut suivie de la guérison ou, en tout cas, de très bons effets.

Dans ces cas, nous avions affaire à une castration (au moins partielle dans l'un d'entre eux), qui a retenti très favorablement sur les accès d'épilepsie.

Or, la castration détermine chez la femme une rétention marquée du calcium, ce qui concorde avec l'interprétation mentionnée plus haut.

La coexistence de l'épilepsie avec l'ostéomalacie (Jirasek, Parhon et Minea), ou le diabète, dans lequel on trouve, d'après Moraczewki, une élimination exagérée de calcium, concorde également avec cette interprétation.

On trouve également l'épilepsie coexistente avec le trophœdème, dans lequel il semble exister également un trouble du métabolisme calcique. Nous rappellerons encore que Besta trouva la coagulation diminuée dans l'épilepsie. Or, la coagulation nécessite l'intervention du calcium.

D'ailleurs, les faits que nous venons d'exposer ne font qu'étaler les chances de vérité d'une manière d'interpréter certains nombres de cas. Cette interprétation ne semble pas convenir aux autres, mais il nous semble bon de maintenir les deux catégories : épilepsie aggravée par la menstruation et épilepsie engendrée ou aggravée par l'absence de cette fonction.

En ce qui concerne les cas aggravés par la dysménorrhée, ainsi que les cas signalés par Féré, dans lesquels l'apparition de l'épilepsie ou une recrudescence des paroxismes coïncide avec la suspension brusque des menstrues par les irritations périphériques, il y a lieu de nous demander si l'explication ne doit pas être cherchée dans une accumulation dans le sang de la sécrétion ovarienne, explication analogue à celle que Villemin (21) a donnée récemment pour d'autres faits pathologiques, surtout pour la chlorose.

Dans cette éventualité, ces cas seraient à rapprocher de ceux de la

première catégorie, dans lesquels l'aggravation de l'épilepsie serait toujours due à la présence dans le milieu intérieur de la sécrétion ovarienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. GEORGET, cité par FERE. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890.

2. FERE. *Loco citato.*

3. BEAU. Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie. (*Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ série, juillet 1836.)

4. BRIERE DE BOISMONT. *De la menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques.* Paris, 1842.

5. VILLARD. De la menstruation chez les épileptiques. (*Mouvement médical*, 6ᵉ année, 1868.)

6. SPRATLING. *New-York méd. Journal*, 20 mai 1905.

7. MARINESCO et SERIEUX. Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie, 1895.

8. GELINEAU. *Traité des épilepsies.* Paris, 1901.

9. GRASSET et RAUZIER, in BROUARDEL-GILBERT. *Traité de médecine*, tome X, art. « Epilepsie ».

10. BRENNAN. Epilepsie menstruelle traitée par la transplantation ovarienne. (*Revue médicale de Canada*, 17 juin 1903, n° 51.)

11. RUSSEL. Attaques épileptiformes compliquant une double tumeur ovarienne; ablation des néoplasies, cessation des attaques. (*The Glascow med. journal*, vol. LXIII, n° 2, p. 99, février 1904. — *Revue neurologique*, p. 339, 1905.)

12. TREPSAT. Epilepsie et menstruation. (*L'Encéphale*, juin 1908, n° 6. Partie psychiatrique.

13. MAES et CLAUDE. Contribution à l'étude de l'Epilepsie idiopathique. (*Annales d'Electrologie et de Radiologie.* Avril-mai 1907.)

14. ELLIOTSON, cité par FERE, p. 255.

15. TOULOUSE et MARCHANT. De la thérapeutique ovarienne chez les épileptiques. (*Revue de Psychiatrie*, p. 80, 1899.)

16. SABBATANI. Importanza del Calcio che trovasi nella corteccia cerebrale. *(Rivista sperimentale di psychiatria.)* Calcio negli epilettici. (*Arch. di psychiatria*, 1903.)

17. SILVESTRI. *Gazeta degli Ospedali*, 12 août 1906.

18. NETTER. Importance biologique du calcium. Notions récentes, leurs applications thérapeutiques. (Extraits des communications faites les 18 octobre 1905-19 avril 1907 aux Sociétés de pédiatrie, médicale des hôpitaux et de biologie.)

19. ROBERT QUEST, cité par NETTER.

20. PARHON et PAPINIAN. Nota relativa la actiunea corpului tiroid si a ovarulni in asimilatiunea si desasimilatiunea calcélui. (*Romania medicala*, nᵒˢ 11 et 12, 1904.)

21. VILLEMIN. Le corps jaune. *Thèse de Paris*, 1908.

SOCIETE BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 7 novembre 1908. — Présidence de M. Ley

Agoraphobie et instabilité mentale chez un enfant arriéré

(Présentation du malade)

M. LEY. — L'agoraphobie est un symptôme que nous ne sommes point habitués à rencontrer chez l'enfant. Peut-être est-ce parce que nous ne la dépistons pas dans ses formes frustes et peu intenses. Il est possible d'observer parfois chez l'enfant des formes assez logiques et légitimes d'agoraphobie, lorsqu'il s'agit de la crainte de traverser une place ou une rue où la circulation des véhicules est intense ou lorsque l'enfant a été victime d'un accident causé par un de nos moyens modernes de locomotion rapide.

J'ai cru intéressant de vous montrer ce jeune enfant, élève d'une classe spéciale pour anormaux de la ville de Bruxelles, qui présente d'une façon typique les troubles classiques de l'agoraphobie.

Pierre B... est né le 13 octobre 1902. Ses parents habitent, rue Haute, une chambre unique. Le père vrai a abandonné la mère, qui s'est mariée ensuite avec un autre homme. Ce père était alcoolique et débauché. La mère est repasseuse; elle s'occupe beaucoup de l'enfant, s'intéresse vivement à son avenir et à son développement. L'enfant a fréquenté le jardin d'enfants dès ses premières années.

C'est un enfant unique et aussi le seul que la mère ait eu.

Dans les antécédents, nous trouvons une frayeur très vive de la mère pendant la grossesse; l'enfant est né à terme, l'accouchement fut long.

Le passé pathologique de l'enfant est chargé; il fut maladif dès l'âge de un mois, époque à laquelle il eut déjà des convulsions.

A trois ans, il fit une « méningite » avec convulsions, fièvre intense et perte de connaissance complète pendant plusieurs jours.

Il a été un peu rachitique et a été opéré, il y a quatre ans, de tumeurs adénoïdes pharyngées.

Son développement fut retardé. Il a marché à deux ans et demi, a parlé vers deux ans, et sa dentition fut tardive. L'enuresis nocturna persiste actuellement encore.

L'état actuel se caractérise par une instabilité très grande; il est très remuant, touche à tout, veut avoir et prend tout ce qu'il voit, est insupportable pour son entourage. Il a des crises de colère fréquentes. En classe, il est impossible de le garder assis sur son banc.

La nutrition générale est retardée; sa taille n'est que de 1m02, son poids de 14 kgr. 200. L'état adénoïdien est évident chez lui et peut-être existe-t-il de l'hypothyroïdie.

Malgré l'aspect des yeux, obliquement placés, l'enfant n'a pas les caractères du « *mongolisme* », dont la plupart des signes et le facies typique manquent. La céphalométrie nous donne : DAP max. 18 cm.; Dtr. max. 14 cm.

Indice céphalique, 77.

Notre sujet est nettement dolichocéphale, ce qui nous éloigne encore de l'idée du mongolisme.

L'*audition* est un peu réduite; peut-être l'attention est-elle ici en défaut; cet examen de l'acuité auditive est très délicat chez des sujets de l'espèce.

La *vision* est normale.

La *motricité* est très atteinte et cette défectuosité est vraisemblablement en rapport avec l'affection méningo-encéphalique fébrile dont nous avons parlé.

Le langage est restreint, très infantile, mais sans troubles parésiques évidents.

La marche est défectueuse; la descente de l'escalier était, il y a quelques mois, impossible, mais elle s'éduque peu à peu. Il existe des troubles parésiques, des raideurs musculaires; l'enfant tombe très vite et est surtout vite fatigué.

La parésie et l'inhabileté motrices sont plus prononcées dans la moitié gauche du corps.

Les réflexes sont toutefois normaux et ne m'ont pas semblé présenter de différence appréciable d'un côté à l'autre.

Les réactions pupillaires sont normales.

L'*attention* existe, mais est éparpillée; l'enfant s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, mais passe d'un objet à l'autre avec une rapidité très grande.

La *mémoire* ne présente rien de bien spécial. Quelques tests simples réussissent sans difficulté; l'enfant raconte fort bien les détails de l'opération subie il y a quatre ans. Il ne sait encore ni lire ni écrire. Aucun essai n'a, heureusement d'ailleurs, encore été tenté dans ce sens. Il voit les couleurs, les reconnaît comme différentes, mais en ignore les noms. Il connaît et nomme les objets familiers, connaît un peu les pièces de monnaie, nomme les objets simples et les animaux représentés en image.

Sa *sociabilité,* plutôt négative dans la famille et dans le milieu de l'école ordinaire, où il se montre par son instabilité un véritable « asocial », est susceptible d'éducation; il joue avec ses condisciples et l'un d'eux est même devenu son ami intime; il le cajole et le suit partout. Les sentiments affectifs sont très développés; il aime beaucoup sa mère et son institutrice; il aime à voir des images. Il existe chez lui une certaine tendance à la « gaminerie »; il aime à faire de petites farces, fait du bruit avec la bouche pendant qu'on l'examine. Récemment, comme je le gardais un peu longtemps à son goût dans la salle où j'examine les enfants, il dresse tout à coup l'oreille et me dit : « Ecoutez, Mademoiselle m'appelle », et, ramassant sa casquette, il se dirige vers la porte pour rentrer en classe.

L'enfant est d'une façon générale craintif; il a peur de tout. Lorsque je l'ai pesé et mesuré, le fait de monter sur le plateau de la bascule et de voir s'abaisser la toise lui faisaient peur.

La mère, qui s'est à peu près exclusivement occupée de son enfant elle-même, assure que jamais on ne lui a fait peur et qu'il n'a pas non plus eu l'occasion d'être en contact avec des personnes qui manifestaient facilement de la frayeur.

C'est donc surtout à des causes intrinsèques et subjectives qu'il faudrait rapporter les phénomènes d'agoraphobie présentés par l'enfant.

Celui-ci, à l'âge de quatre ans, au cours d'une promenade en ville avec ses parents, fut amené à traverser la Grand'Place de Bruxelles. Arrivé au coin de la rue débouchant sur la place, il fut pris, lui qui s'était montré très gai depuis le départ, d'un accès d'anxiété très vive avec tremblement, transpiration abondante et refus total d'avancer. Le même phénomène s'est reproduit sur d'autres places de la ville, mais c'est la Grand' Place qui le provoquait avec le plus d'intensité. Les parents en sont arrivés à faire ce que tous nos agoraphobiques font et lorsqu'ils sortent avec l'enfant, ils évitent, par un détour latéral, de traverser les places étendues.

La mère se montrait naturellement très effrayée de ce phénomène, surtout de l'angoisse viscérale intense qui l'accompagnait.

L'interprétation de ce phénomène chez l'enfant n'est pas chose fort simple. Il est à noter que jamais notre sujet n'a eu d'accident en rue. Le phénomène de l'agoraphobie, décrit par Westphal en 1872, a été donné par Legrand du Saulle comme une entité morbide (1878). La plupart des auteurs actuels sont revenus de cette conception. Bien qu'elle ait rarement été décrite chez l'enfant, nous trouvons dans des cas de Raymond et Janet (*Obsessions et psychasthénies*, vol. II, p. 192) une observation de début de l'agoraphobie à onze ans chez une enfant d'ailleurs intelligente et développée.

Nous rappellerons aussi, à propos de ces peurs de l'enfant, l'idée de Darwin, qui voit en elles fréquemment des influences ancestrales. Il explique par celles-ci la crainte vive éprouvée par un de ses enfants, tout jeune, la première fois qu'il vit un éléphant.

L'agoraphobie peut trouver son origine dans un phénomène absolument naturel et normal, surtout à notre époque d'automobiles et d'encombrement agité dans les villes. Elle serait, en somme, la réaction émotionnelle trop intense d'un sentiment naturel, chez un sujet névropathique.

L'agoraphobie est très probablement assez naturelle pour la mentalité infantile d'un certain âge, dès que l'enfant a pu comprendre le danger qu'il peut y avoir à traverser seul un espace assez étendu.

Nous avons pu constater récemment une forme d'agoraphobie chez un enfant qui, habitué à faire de la natation dans un bassin fermé et couvert, s'est essayé à ce sport dans un bras de fleuve très large, au cours d'un voyage en bateau. Cet immense espace lui a donné une vive angoisse et l'a mis dans l'impossibilité de nager. Si nous recherchions des phénomènes du même genre, nous pourrions probablement en trouver assez souvent.

Nous ferions volontiers rentrer l'agoraphobie dans cette catégorie que Freud appelle les phobies communes, consistant en une peur exagérée des choses que tout le monde craint un peu : la nuit, la solitude, la mort, la maladie.

La réaction vive provoquée chez notre sujet peut être mise au compte de son état névropathique et de cette instabilité marquant l'absence à peu près totale de l'inhibition cérébrale. L'agoraphobie commune de l'adulte n'est probablement que l'expression d'une modalité de cet état

mental infantile que nous révèle si souvent l'examen psychologique des psychasthéniques, des hystériques et de bien d'autres dégénérés.

Cette conception de l'agoraphobie nous semble importante, parce qu'elle met immédiatement au premier plan comme moyen de traitement les procédés psychothérapiques de rééducation et qu'elle nous en fait logiquement espérer des résultats favorables. Elle nous indique aussi combien il est important de travailler la mentalité générale du sujet. Tout ce que nous ferons pour faire évoluer et progresser le cerveau dans un sens concret, dans la voie du réel et du pratique, favorisera notre action sur le symptôme visé.

Chez notre sujet, cette éducation psychique spéciale a déjà débuté et nous en espérons les meilleurs résultats.

M. BOULENGER. — Je ne pense pas que l'on puisse toujours appeler phobie, l'impression que l'on éprouve vis-à-vis d'un espace assez étendu et vide. Ainsi, je rattacherais bien plus volontiers les troubles que l'enfant a éprouvés devant une place de Bruxelles à une espèce d'état vertigineux, qu'à une phobie. D'ailleurs, cet enfant est naturellement instable; sa motricité est défectueuse, sa marche pénible et il éprouve de la fatigue rapide; ne pouvons-nous pas rattacher tous ces symptômes et l'état vertigineux à un trouble général moteur? A mon avis, en somme, les organes qui président à l'énergie motrice et à l'orientation des mouvements seraient ici principalement atteints (cervelet, canaux demi-circulaires). Ainsi donc, je ne rattache pas, comme notre confrère Ley, l'agoraphobie de ce petit malade aux phobies de Freud, ni à l'hérédité, mais à un trouble organique net.

M. CROCQ. — Ce cas d'agoraphobie chez l'enfant me paraît intéressant, surtout parce qu'il n'a été provoqué par aucun traumatisme. J'observe en ce moment un gamin de six ans qui, en juillet dernier, fut renversé par une automobile; cet enfant fut atteint de contusions craniennes graves, à la suite desquelles se montra un état d'instabilité mentale très net avec agoraphobie. Mon petit malade ressemble beaucoup à celui que nous présente M. Ley; il me paraît seulement plus maniaque, ses yeux sont brillants, il est sans cesse en mouvement, ses idées sont peu cohérentes. On comprend cette agoraphobie créée par l'accident, puisque c'est en traversant la rue qu'il fut tamponné. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'un état vertigineux; le vertige existe certes chez un grand nombre d'agoraphobiques, mais il est souvent indépendant des crises d'anxiété, se montre à des moments où celle-ci n'existe pas et manque souvent au moment où la phobie étreint le plus énergiquement le patient.

Je ne partage pas tout à fait l'optimisme de M. Ley en ce qui concerne l'avenir de cet enfant; l'agoraphobie est une des manifestations les plus difficiles à combattre. Certes, on l'atténue quelquefois, mais la guérit-on? Pour ma part, je n'ai jamais vu un agoraphobe systématique guérir complètement.

M. SANO. — Je ne partage pas le pessimisme de M. Crocq en ce qui concerne l'agoraphobie, symptôme de dégénérescence.

Chez les grands neurasthéniques, ce symptôme peut survenir à l'occasion d'une cause déterminée, durer son temps comme durent d'autres

symptômes, faire place de nouveau à ceux-ci et disparaître alors entièrement.

Je me rappelle un industriel qui avait des craintes, des doutes, des phobies de tous genres. Pendant des mois, il resta sans oser sortir seul, sans oser traverser la rue ou la place publique. Il se fit longtemps accompagner par deux ouvriers, puis, grâce à une lente rééducation, il finit par oser sortir seul et, tandis qu'il était resté longtemps sans oser traverser l'Escaut, il finit également par reprendre toute sa liberté d'allure. Il y a cinq ans que son agoraphobie a disparu.

M. CROCQ. — Il est bien évident que, dans certains cas, le syndrome agoraphobie peut guérir; je crois qu'il faut distinguer plusieurs variétés d'agoraphobies. L'hystérie, par exemple, peut donner lieu à une peur des espaces, passagère et curable. Quand je dis que l'agoraphobie est rebelle à tous les traitements, je veux parler des cas anciens, des agoraphobes systématiques, chez lesquels la phobie est l'expression d'une profonde dégénérescence.

M. SANO se demande comment on pourra diagnostiquer ces variétés d'agoraphobie.

M. CROCQ. — Je demande s'il y a, parmi les membres de la Société, quelqu'un qui a vu guérir un agoraphobe systématique.

M. SANO rapporte le cas d'un étudiant russe, agoraphobe, qu'il guérit en l'accompagnant en promenade et en lui donnant des conseils. L'orateur ajoute que, dans ce cas, il ne peut cependant pas éliminer l'hypothèse de l'hystérie.

M. DECROLY. — Je voudrais retenir un moment l'attention sur le terme « instabilité », qui s'emploie couramment pour désigner un symptôme de nature psychomotrice chez les aliénés et même une espèce tranchée d'enfants anormaux (Bourneville, Philippe et Paul Boncour, Binet et Limer).

A mon avis, l'instabilité n'est qu'un signe et non une affection autonome et il traduit à l'extérieur des troubles variés. Ainsi, l'instabilité existera chez l'enfant intelligent, mais exhubérant et dont les besoins d'activité ne sont pas satisfaits d'une manière adéquate; elle existe aussi chez l'insuffisant mental et, entre autres, à deux occasions : *a)* ou bien parce que le sujet étant actif est incapable de fixer son attention par suite du peu d'intérêt qu'il a pour les objets ou les occupations dont il dispose; *b)* ou bien cet intérêt disparaît rapidement par suite de la fatigabilité rapide par défectuosité structurale innée ou acquise du système des organes de relation, un défaut d'énergie nerveuse appropriée pour combler en temps voulu le déficit causé par l'activité de ces organes ou, enfin, un état inadéquat des humeurs entraînant une intoxication précoce ou une réparation insuffisamment rapide et parfaite des éléments altérés.

A ce propos, l'instabilité ayant des rapports étroits avec l'inattention, je ferai remarquer que je ne partage pas l'opinion des auteurs (Sollier entre autres) qui prennent le degré d'attention comme moyen de diagnostic des états d'insuffisance mentale.

Non seulement il faut tenir compte de l'âge et de l'éducation pour porter un jugement, mais surtout de l'objet de l'attention. L'insuffisant mental profond, comme l'enfant tout jeune, peut être attentif d'une manière prolongée à un objet brillant ou à des sons musicaux, alors qu'un savant peut être distrait à une conférence qui traite un sujet étranger à ses recherches. Il semble donc qu'on emploie trop facilement le terme instable et qu'il y aurait lieu d'apporter un peu plus de précision et de circonspection dans son emploi.

Discussion de la question de l'hystérie

M. le Prof. VANLAIR, de Liége, a envoyé les réponses suivantes au questionnaire :

1° L'incitation, exercée sur le système nerveux d'une autre personne, à des sensations, des idées ou des actes qui ne se produiraient pas sans cela. L'autosuggestion n'existe pas, pas plus que la volonté libre;

2° Presque jamais;

3° Presque jamais. Ils résultent directement de la névrose;

4° Oui, sans suggestion;

5° Oui, dans l'hypocondrie, par exemple;

6° Des suggestions insuffisamment renouvelées ne modifient que peu ou point les accidents; dans tous les cas, elles n'agissent que sur les manifestations de l'hystérie;

7° Rien ne guérit l'hystérie;

8° La suggestion n'est qu'une condition étiologique très secondaire;

9° L'hystérie n'est pas seulement un état « mental » particulier. Fût-elle circonscrite au domaine psychique, qu'elle ne serait pas toujours, loin de là, guérissable par la suggestion;

10° Il faut conserver le terme *hystérie;*

11° L'hystérie ne peut se définir en quelques mots. Elle se caractérise par des troubles d'origine congénitale, auxquels ne répond primitivement aucune lésion appréciable, dérivant soit isolément, soit simultanément du cerveau, de la moelle et du sympathique, d'ordre psychique sensitif, moteur ou plus rarement trophique, à manifestations tantôt fugaces, tantôt persistantes, tantôt légères, tantôt intenses, d'une soudaineté presque toujours imprévue, d'une diversité — à part quelques modalités typiques — vraiment déconcertante, et qui se distinguent le plus souvent par leur dérogation aux lois de la physiologie, de la pathologie et même de la thérapeutique.

M. BIENFAIT nous transmet les réponses suivantes :

Il est certain que les stigmates hystériques sont dus à la suggestion et à l'imitation; cependant, il est permis de croire que parfois il n'en est pas ainsi : ce serait le cas pour les stigmates se produisant à la suite d'une émotion; c'est ainsi que la peur produit la paralysie des jambes, la colère jointe à l'indignation violente rend muet; or, rien ne prouve que, chez des gens prédisposés, cet état ne puisse perdurer.

Le pithiatisme existe en dehors de l'hystérie, mais à un degré beaucoup moindre; c'est ainsi que le sommeil provoqué, l'hypnose, s'obtient difficilement en dehors de l'hystérie; dans le même ordre d'idées, le fait d'une

guérison subite ou très rapide de troubles sérieux fait songer de suite à cette névrose.

L'hystérie est un état mental particulier, en relation avec une dépression des fonctions intellectuelles favorisant extrêmement la suggestibilité, la distraction, l'amnésie.

Cet état est constitutionnel ou acquis ; dans le premier cas, la suggestion fait disparaître les épisodes et ne modifie pas le terrain ; dans le second cas, la guérison peut être complète.

Je ne vois pas la nécessité d'abandonner le terme « hystérie » pour en adopter un nouveau ; l'important est de se mettre d'accord sur ce que l'on entend par ce terme. Définir l'hystérie est aussi difficile que définir la neurasthénie, la psychasthénie et d'autres états, parce qu'une névrose donnée ne possède pas une caractéristique qui lui soit propre au point de ne pas se présenter à un degré quelconque dans d'autres états.

Deuxième question

Les stigmates hystériques (anesthésies, contractures, paralysies, rétrécissement visuel, etc.) sont-ils toujours *le résultat d'une suggestion? De quelle nature est cette suggestion?*

M. CROCQ. — La discussion de cette question à la Société de Neurologie de Paris n'a donné lieu à aucune conclusion. Je diviserai les orateurs qui ont manifesté leur opinion en trois catégories : les uns ont nettement exprimé l'avis que les stigmates hystériques sont toujours le résultat d'une suggestion ; d'autres ont dit que cette pathogénie n'était pas constante ; les derniers sont restés dans le vague en prononçant des paroles peu précises.

I. Babinski appartient nécessairement à la première catégorie : pour lui, le doute n'est pas possible ; tous les stigmates et symptômes hystériques sont dus à une suggestion quelconque.

Souques se rallie à cette manière de voir en concluant : « Bref, il ne me paraît pas douteux que les stigmates hystériques soient dus à une suggestion le plus souvent d'origine médicale. » (*Rev. Neurol.*, p. 389.)

II. Dejerine dit : « Qu'il y ait des cas, en plus ou moins grand nombre, dans lesquels l'hémianesthésie hystérique soit le fait d'une suggestion médicale inconsciente, cela ne me paraît pas douteux ; mais il en est d'autres où je ne crois pas que cette interprétation doive être admise. Je fais allusion aux sujets n'ayant jamais encore été examinés par des médecins, et chez lesquels, en pratiquant l'examen de la sensibilité avec toutes les précautions usitées pour se mettre à l'abri de toute influence suggestive possible, on trouve une hémianesthésie sensitivo-sensorielle très nette. J'ai observé un certain nombre de ces faits. »

Raymond et Pitres se rallient à cette manière de voir.

III. Mais Dejerine est le seul qui se montre aussi affirmatif ; les autres orateurs laissent persister un doute.

Raymond déclare : « J'ai vu des hémianesthésies et des anesthésies partielles qui m'ont paru indépendantes de toute suggestion médicale ou autre. J'ignore si c'est par auto-suggestion ou par un autre mécanisme. »

Ce qui ne veut pas dire que ces anesthésies ne soient pas d'une origine suggestive autre que médicale.

Pitres dit : « Je n'ai pas d'opinion sur le rétrécissement du champ visuel. Quant aux troubles de la sensibilité, je ne puis pas me faire à cette idée qu'ils sont habituellement d'origine médicale, et cela me paraît surtout vrai pour les formes segmentaires des anesthésies hystériques. »

Ce qui n'exclut pas non plus une origine suggestive quelconque.

De même, Gilbert Ballet dit : « Je crois que, dans l'immense majorité, sinon dans la totalité des cas, ces anesthésies sont d'origine médicale. »

Thomas dit que, *le plus souvent*, des hémianesthésies sont d'origine médicale; Meige pense que ce stigmate se montre surtout à gauche, parce que l'observateur commence son examen par le côté gauche du corps.

Brissaud déclare : « *Dans l'immense majorité* des cas, l'hémianesthésie est d'origine suggestive et c'est le médecin qui la crée. »

Dupré émet l'avis qu'il s'agit *souvent* d'une auto-suggestion indirecte.

La question mérite d'être examinée attentivement, et j'espère que, si nous n'arrivons pas à la solutionner, nous parviendrons cependant à nous mettre d'accord sur une formule à adopter.

M. DECROLY. — Une question préalable à toute discussion se pose : notre définition de la suggestion est tellement étendue que dans aucun cas pour ainsi dire on ne peut éliminer celle-ci. Ainsi, prenons le cas d'une jeune fille que j'ai observée pendant plusieurs années : elle était restée atteinte de paraplégie pendant près de cinq ans; la rééducation — et non les multiples moyens de suggestion essayés — parvint seule à guérir ce trouble. Cette paraplégie était apparue brusquement à la suite d'une frayeur intense (commencement d'incendie). Comment éliminer une influence suggestive dans ce cas, qui, pourtant, à première vue, pourrait être pris comme exemple de stigmate sans suggestion. Il en est ainsi dans les autres cas également.

M. SANO rappelle que la définition de la suggestion a été mûrement discutée et que c'est de commun accord que les membres de la Société ont adopté le texte publié dans le bulletin précédent.

M. DECROLY pense que cette définition est tellement étendue que tous les phénomènes hystériques peuvent y rentrer.

M. CROCQ. — Cette définition n'englobe cependant pas les troubles de la nutrition, les auto-intoxications ni les toxi-infections, qui jouent peut-être un rôle dans la pathogénie de l'hystérie. La question actuelle est de savoir si un stigmate hystérique peut se présenter sans qu'il y ait une influence suggestive quelconque. Babinski prétend que ces stigmates sont créés le plus souvent par le clinicien et que leur existence dépend de la méthode d'examen; il prétend n'avoir jamais observé ces stigmates, parce qu'il opère d'une manière spéciale :

« Voici comment je procède, dit-il, je fais fermer les yeux du malade que j'examine, puis je commence par le prier de poser l'extrémité de son index, gauche ou droit, sur l'endroit où je l'aurai touché, et souvent, pour exciter son attention ainsi que son amour-propre, je dis aux élèves qui sont auprès de moi, de manière à être entendu par lui, qu'à en juger par sa mine, il doit être intelligent et qu'il me renseignera vraisemblablement d'une manière précise; je touche alors très superficiellement

diverses parties du corps, puis je pince la peau, je la pique, j'exerce des pressions avec le doigt, je croise les doigts les uns sur les autres, je les écarte, je fléchis et j'étends les divers segments des membres, je fais palper des objets divers, ronds, carrées, allongés, etc., j'applique sur les téguments des corps chauds et des corps froids, tout cela tantôt à gauche, tantôt à droite, et si le sujet ne me dit pas spontanément ce qu'il sent, je me contente de lui demander ceci : « Que sentez-vous maintenant? » ou bien « Qu'est-ce que je vous fais? ». — En ce qui concerne l'examen du champ visuel, il faut user de précautions analogues et ne pas oublier que les gens normaux, ni plus ni moins que les hystériques, ne comprennent pas toujours bien ce qu'on leur demande, et que parfois quand on les examine au périmètre, ils déclarent ne voir l'index en papier qu'au moment où ils le perçoivent d'une manière très nette; il en résulte un rétrécissement apparent, parfois très prononcé, du champ visuel, qui disparaît immédiatement à la suite de quelques explications.

» Je le répète, en opérant ainsi, en écartant les causes de suggestion ou d'erreur d'interprétation, je ne trouve plus jamais, chez les malades que nous avons en vue, d'hémianesthésie ni de rétrécissement du champ visuel. La recherche de la dyschromatopsie dite hystérique et de la polyopie monoculaire m'a conduit aussi à un résultat négatif. »

M. SANO. — Il n'est nullement étonnant que le clinicien, qui agit comme vient de le rappeler M. Crocq, ne trouve pas l'anesthésie. Il guérit d'abord son malade! En effet, le sujet, très émotionné par le fait que pour la première fois il se trouve à l'examen « de ce grand professeur », doit fermer les yeux, son attention est surexcitée, il est intrigué de ce qui va se passer, puis on le touche un peu partout, sans lui adresser la parole : c'est un mode de rééducation de la sensibilité.

Il n'est pas étonnant que, dans ces conditions, on ne retrouve pas ce que tant d'autres ont constaté et que la conclusion soit aussi exagérée que ce qu'on nous présente.

M. DECROLY. — Ce qui appuie l'hypothèse de M. Sano, c'est que M. Babinski, par son examen, ne trouva plus de stigmates. Il rééduque son malade et fait disparaître les signes; il fait de la suggestion à rebours.

Dans la discussion entre MM. Pitres et Babinski au sujet de la méthode d'examen de la sensibilité, il y aurait lieu d'analyser chacun des procédés au point de vue psychologique. On trouverait ainsi que si M. Pitres les met dans des conditions particulières, susceptibles d'exercer une influence sur les manifestations, M. Babinski n'agit pas autrement : le silence, la manière de faire l'examen ont, eux aussi, une action qui ne saurait être niée.

M. LEY. — Il est bien certain qu'au point de vue psychologique la méthode habituelle et la méthode de Babinski sont tout à fait différentes, et que lorsqu'on signale des résultats d'examen de malades, il est bon qu'on sache quelle méthode a été employée.

M. CROCQ. — Ces remarques sont d'une très grande importance; elles sont fondées et aboutissent à cette conclusion : *puisque Babinski n'observe* **jamais** *les stigmates qui cependant doivent exister chez certains malades* (qu'ils

soient ou non des résultats d'une suggestion) *c'est que ce clinicien les détruit par sa méthode d'examen.*

M. SANO. — Sous le nom de stigmate de l'hystérie, nous comprenons les *symptômes* les plus fréquents, qui permettent en les groupant de reconnaître l'affection à première vue.

Je ne pense pas, comme on vient de le dire, qu'il faille remettre à plus tard la réponse à la question qui nous est posée. Ce qu'on nous demande, c'est précisément de conclure de notre expérience *actuelle.* Il s'agit de voir ce que nous pouvons en dire aujourd'hui et après la mise au point de la question avec nos moyens actuels; nous verrons ensuite ce qu'il nous reste à faire dans l'avenir. Certes, nous ne nous faisons pas trop illusion : nous savons que les sciences expérimentales et cliniques exigent un éternel recommencement; mais, nous arrêter à la première question sous prétexte qu'il faudra recommencer, c'est perdre le bénéfice d'un examen de conscience et d'un plan d'ensemble qu'il s'agit d'élaborer, après avoir étudié la question avec les moyens à notre portée.

C'est une erreur de dire que nous n'avons pas essayé d'éliminer la suggestion dans nos examens cliniques. J'admets que nous devrons parfaire notre éducation à ce sujet, mais il y a vingt ans que l'école de Nancy a montré que la suggestion avait faussé les observations de la Salpétrière. Ensuite, avec les méthodes d'analyse psychologique de Janet et de Sollier, nous avons appris depuis longtemps à rechercher et à étudier les représentations mentales qui peuvent agir dans un cas donné sur les mécanismes sub-conscients des hystériques. Combien d'années n'y a-t-il pas que nous avons appris à éliminer « *la supercherie* » et « *le miracle* », dont nous parlait la génération antérieure?

Partant des données ainsi acquises, je dois conclure que, dans un grand nombre de cas, nous avons retrouvé la représentation mentale suggérée ou autosuggérée, qui détermine l'éclosion du symptôme (ou stigmate) par divers mécanismes. Nous ne discutons pas ces derniers en ce moment. Je tiens seulement à dire dès aujourd'hui que je n'en exclus pas l'intoxication.

Dans le cas que vient de signaler M. Decroly, n'est-il pas évident que la jeune fille qui, en présence de l'incendie, du danger, devient paraplégique est obsédée de l'idée de ne pouvoir s'enfuir, de ne plus savoir marcher? C'est un exemple classique, au contraire, et les expressions courantes ne manquent pas pour rendre les effets de l'émotion en face du danger et il suffit à l'hystérique de se les rappeler pour joindre à la disposition naturelle, physiologique, l'auto-suggestion que lui procure la formule usuelle.

Là où l'on parvient à expliquer et à comprendre un symptôme hystérique, c'est la suggestion ou l'auto-suggestion qui est invoquée. Il y a des cas que l'on ne parvient pas à élucider, je l'admets, et, pour ces cas, il n'est donc pas possible de conclure.

Mais est-il une maladie où la suggestion agit avec l'intensité qu'elle possède dans l'hystérie? Y a-t-il un état nerveux où l'imitation peut aller jusqu'à l'analgésie, en dehors de l'hystérie? Dans les états de dégénérescence mentale, la contagion psychique est grande, quand elle va jusqu'à la reproduction objective des symptômes physiques, paralysies, anes-

thésies, analgésies, voire même troubles trophiques, nous disons qu'il y a hystérie. Ainsi donc, la suggestion ou l'auto-suggestion se retrouvent à l'origine des stigmates, que nous parvenons à expliquer.

Quand, au contraire, un symptôme trouve son explication nosologique dans l'action d'une contagion microbienne, un traumatisme, etc., il ne sera pas question d'hystérie.

M. SANO. — Permettez-moi de vous donner un exemple où le contrôle indirect m'a permis de me convaincre que l'anesthésie des muqueuses existait réellement : une jeune fille, présentant une sensibilité cutanée intacte, offrait à l'examen de la muqueuse buccale et pharyngienne une hyposensibilité manifeste. L'examen chimique du suc gastrique démontra l'existence d'une diminution notable de la valeur qualitative de ce suc. Cette concordance n'était-elle pas de nature à confirmer l'observation clinique? N'est-il pas logique de trouver en même temps que l'affaiblissement de la sensibilité, la diminution de la sécrétion réflexe qui en dépend partiellement?

Je tiens à ajouter que, dans ce cas, nous avons su que la suggestion causale résultait du fait que le père de la malade était alcoolique, souffrant de l'estomac et de delirium tremens. La malade se trouvait fortement préoccupée de ce fait et ne guérit que deux ans plus tard, après la mort du père. Elle est restée guérie depuis lors.

M. BOULENGER. — Il est bien certain, comme l'a dit notre confrère Crocq, que les méthodes d'examen que l'on a proposées jusqu'à présent pour l'hystérie ne sont à l'abri d'aucun des reproches de suggestion que l'on peut faire lors de l'exploration des malades. Certes, l'école de Nancy avait déjà, jadis, fait le reproche à l'école de Paris, au sujet des suggestions faites involontairement par Charcot et ses élèvres aux hystériques. Mais, cela n'a été que pour les phases de l'attaque hystérique. Actuellement, l'on va plus loin, l'on se demande, avec raison à mon avis, si tous les symptômes présentés par les hystériques ne sont pas dus à la suggestion, depuis l'attaque jusqu'aux états mentaux les plus divers, jusqu'aux fausses tumeurs, fausses grossesses, etc.

Notre confrère Sano va même jusqu'à dire que la méthode de Babinski elle-même n'est pas à l'abri de ce reproche. On peut, en effet, la supposer si rééducative qu'elle empêche les manifestation propres à l'hystérie. Cela ne confirme-t-il pas notre demande?

Réexaminons avec soin toutes les méthodes d'exploration des hystériques, précisons-en l'emploi et surtout, lorsque dans l'avenir nous explorerons une hystérique, ayons bien soin de noter toutes les circonstances de temps, de milieu, de personnes qui ont entouré la malade avant et pendant nos explorations successives. Celui qui a interrogé, à l'aide de la méthode des tests, quelques malades quelconques, se rend compte très facilement de ce qu'un mot, un regard, une intonation même donnent la réponse que l'on attend au sujet interrogé. Elle l'inhibe aussi, et on peut empêcher ainsi une réaction mentale de se produire de la même façon. C'est ce en quoi notre confrère Sano a raison d'opposer à Babinski un doute, au sujet de ses recherches.

De nouvelles expériences s'imposent donc.

Je tiens à faire observer que toutes nos fonctions sont sous l'influence de notre sensibilité.

Pavlov a parlé de la sécrétion psychique du suc gastrique chez le chien, auquel on présente un morceau de viande. Mais Claude Bernard avait déjà démontré un phénomène semblable chez le cheval, à propos de la sécrétion parotidienne. Non seulement la glande parotide sécrétait lorsqu'on présentait un sac d'avoine de loin au cheval, mais même il suffisait de faire les mouvements habituels et préparatoires à l'acte de donner à manger au cheval, sans rien lui offrir, pour que déjà la sécrétion parotidienne se produise. Ainsi donc, les représentations de mauvaises digestions, chez une malade nerveuse, à la vue de son père qui avait la pituite des buveurs tous les matins, et citée par notre confrère Sano, s'expliquent presque physiologiquement, puisque chez beaucoup d'animaux autres que l'homme un phénomène identique se produit.

M. LEY. — Les symptômes hystériques sont fréquemment le produit de la suggestion. Voilà un fait sur lequel tout le monde est d'accord. Sont-ils « *toujours* » le produit de la suggestion? Il est bien difficile de répondre à cela. Le meilleur et le seul moyen de démontrer le contraire serait de nous apporter un cas bien observé de phénomènes hystériques, avec la preuve que la suggestion peut être certainement éliminée de leur génèse. Mais cette preuve me semble à peu près impossible à fournir avec une certitude scientifique.

M. DEWALSCHE. — Jamais il ne sera possible de séparer l'idée de suggestion de l'examen des troubles psychiques ou somatiques des hystériques.

Il faudrait pouvoir se placer dans des conditions qu'il est matériellement impossible de réaliser :

1° La malade devrait avoir vécu isolée depuis l'enfance, de façon à n'avoir jamais été influencée par d'autres malades, par leur conversation ou la vue de leurs troubles morbides;

2° Le médecin devrait pouvoir observer l'hystérique sans faire d'explorations, sans interrogatoire et même sans être vu, car toute question, tout examen de la part du médecin, la vue seule de celui-ci peuvent provoquer la suggestion chez ces sujets supra-sensibles et éminemment suggestibles.

Cette question ne pourra donc jamais être résolue à fond.

M. CROCQ. — Il est certain que nous devons faire table rase des éléments antérieurs et pratiquer nos examens plus minutieusement; autant nous devons nous défier d'une suggestion capable de *créer* des stigmates, autant nous devons repousser une méthode qui est de nature à les détruire.

Après un échange de vues entre MM. Sano, Crocq, Decroly, Boulenger, Ley et Dewalsche, la Société admet la solution suivante à la deuxième question :

Dans la majeure partie des cas, les stigmates hystériques sont le résultat de suggestions médicales ou autres ; sans pouvoir se prononcer d'une manière définitive, il semble difficile de trouver un cas typique où l'influence de la suggestion, telle que nous l'avons définie, puisse être léiminée avec certitude.

—

TRAVAUX ORIGINAUX

Paralysie spasmodique du membre inférieur droit et troubles de la sensibilité dans la région lombo-abdominale du même côté, consécutifs à une chute sur le bassin.

Par le Dr BOUCHAUD (Lille)

Les lésions traumatiques de la moelle étant le résultat de causes diverses varient avec la nature de l'agent vulnérant et le mode suivant lequel la moelle est lésé. Elles sont en général étendues et complexes et il est rare qu'elles soient bien circonscrites, surtout lorsqu'elles sont la conséquence d'une violence agissant indirectement; il en a été ainsi cependant dans le cas suivant.

Les troubles moteurs et sensitifs que présente notre malade permettent de fixer approximativement la région très limitée de la moelle qui a été touchée, mais l'autopsie faisant défaut, nous éprouvons une certaine difficulté à nous prononcer sur la nature et la pathogénie de la lésion.

OBSERVATION. — Del..., Adolphe, tapissier, est âgé de 53 ans. Il nous donne les renseignements suivants sur ses antécédents et ceux de sa famille.

Son père et sa mère sont morts à un âge avancé, à 67 et 77 ans, à la suite de maladies dont il ignore le nom. Un de ses frères a succombé à une phtisie pulmonaire, un autre s'est noyé (il avait le cerveau dérangé), il lui reste deux sœurs qui sont bien portantes.

Il eut un chancre il y a dix ans, il suivit alors un traitement spécifique et il ne lui est survenu aucun accident de nature syphilitique ; mais il s'est marié à l'âge de 35 ans et sa femme a fait plusieurs fausses couches, il a néanmoins quatre enfants dont la santé est excellente.

Il a été atteint, il y a plusieurs années, d'un rhumatisme articulaire, subaigu, localisé aux membres inférieurs, dont la guérison s'est fait longtemps attendre.

Il commet assez fréquemment des excès alcooliques.

Il fit, il y a trois ans, une chute du haut d'une échelle de quatre mètres et tomba sur la région fessière du côté droit. Il ne perdit pas connaissance, il ressentit seulement de fortes douleurs au niveau de la fesse et dans la région lombo-abdominale du côté droit.

Le médecin qui lui donna des soins ne découvrit aucune fracture et ne lui conseilla que des frictions, du massage et du repos; mais la jambe droite était paralysée et il fut obligé de garder le lit pendant plusieurs semaines; il put ensuite faire quelques pas dans sa chambre, et, trois semaines plus tard, il était en état de sortir et de marcher avec une canne.

Les mouvements se sont rétablis graduellement, mais incomplètement, et il s'est produit une certaine raideur du membre, qui gêne considérablement la marche. Les douleurs qu'il éprouvait au début se sont également atténuées, sans jamais cesser entièrement.

Etat actuel. — Del... est bien constitué et paraît jouir d'une excellente santé.

Il se plaint d'éprouver dans la région lombo-abdominale, du côté droit, des douleurs qui s'irradient parfois du côté de la fesse et plus rarement dans le membre inférieur. Il accuse en même temps une grande faiblesse dans la jambe du même côté.

A l'examen du tronc on ne découvre ni déviation ni déformation de la colonne vertébrale; il existe seulement une légère dépression vers la 9me apophyse épineuse et la percussion à ce niveau ne provoque aucune douleur.

Le membre inférieur droit a conservé son aspect normal, mais ses mouvements sont gênés. Ceux du pied, de la jambe, de la cuisse sont lents, assez pénibles et moins étendus que ceux du côté opposé.

La marche est néanmoins possible, il peut même faire une course assez longue, mais il se fatigue très vite et il est obligé de s'arrêter souvent.

A cause de la raideur, qui rend la flexion des divers segments un peu difficile, la pointe du pied a une tendance à frotter le sol, aussi la semelle de la chaussure est-elle usée à son extrémité.

Cette raideur se révèle par une certaine résistance que l'on rencontre quand on essaie d'imprimer des mouvements passifs au membre. On constate en outre une exagération des réflexes tendineux.

Le réflexe rotulien, qui est normal à gauche, est considérablement exagéré à droite. Il en est de même du réflexe achilléen. Le réflexe plantaire est presque nul à gauche, ou ne provoque ni flexion ni extension des orteils; à droite, le moindre frottement de la surface cutanée détermine l'extension des orteils. Le signe de Babinski est des plus nets, une irritation un peu plus forte produit un relèvement très vif du pied.

La trépidation épileptoïde fait défaut à droite et à gauche.

Aux membres supérieurs, les réflexes tendineux sont normaux.

La contractilité électrique des muscles du membre inférieur droit est bien conservée.

La mensuration pratiquée au niveau des mollets démontre que du côté droit la grosseur est inférieure de 1 ctm. à celle du côté gauche.

La région lombo-abdominale du côté droit est le siège de troubles très marqués de la sensibilité.

Vers la partie moyenne du bord des fausses côtes, dans une étendue grande comme la paume de la main, la sensibilité est abolie; le malade ne sent ni le contact, ni le froid, ni la douleur que provoque soit une piqûre d'épingle, soit un courant faradique intense. Dans les régions voisines de cette plaque d'anesthésie, il existe une diminution de la sensibilité, qui s'étend, en arrière, jusqu'à la ligne médiane, en bas jusqu'à la crête iliaque, en avant jusque près de la ligne blanche.

Du côté opposé, la sensibilité est normale. Il en est de même dans les membres inférieurs; toutefois, le malade dit que, quand il marche, il ne sent pas très bien le sol sur lequel il pose le pied droit.

Bien que la région lombo-abdominale droite soit le siège d'un affaiblissement notable de la sensibilité, des douleurs assez vives s'y font cependant fréquemment sentir sous forme d'accès, dont la durée est de quelques minutes.

Le malade éprouve en outre dans le membre inférieur droit, quand il

est fatigué et surtout la nuit, des crampes, des secousses, qui sont plus prononcées à son extrémité qu'à son origine.

Enfin il accuse de légers troubles urinaires, qui se traduisent par un besoin impérieux d'uriner et se font sentir surtout la nuit, à la suite d'excès de boissons alcooliques.

Les troubles moteurs et sensitifs, que présente notre malade, étant survenus à la suite d'une chute d'un lieu élevé, on pourrait être tenté, au premier abord, de les considérer comme de simples troubles fonctionnels.

Mais on doit écarter cette hypothèse, si on remarque que les phénomènes spasmodiques du membre inférieur ne s'accompagnent pas de modifications de la sensibilité et que le signe de Babinski est des plus marqués tandis que dans l'hystérie des troubles sensitifs accompagnent en général la paralysie et que le phénomène des orteils fait toujours défaut. Il existe des troubles de la sensibilité de la région lombo-abdominale mais ils se présentent avec des caractères qui indiquent l'existence de lésions du système nerveux.

Il faut donc songer à une altération de la moelle ou des nerfs.

Un traumatisme de ces derniers pourrait déterminer une paralysie de l'un des membres inférieurs, mais on aurait les symptômes d'une névrite, tels que douleurs, anesthésie, diminution de la contractilité électrique et l'on ne trouverait ni exagération des réflexes ni le signe des orteils.

Nous avons donc affaire à une lésion médullaire.

Le membre inférieur droit étant seul paralysé, c'est le côté droit de la moelle qui doit être lésé et comme il n'existe aucun trouble de la sensibilité dans le membre inférieur gauche, la lésion ne doit pas être très profonde. Si elle intéressait la moitié latérale de la moelle, on observerait les symptômes de l'hémiparaplégie spinale, c'est-à-dire le syndrome de Brown-Sequard; outre la paralysie du membre inférieur droit, on aurait une diminution plus ou moins prononcée de la sensibilité dans le membre supérieur gauche.

Tous les muscles du membre étant paralysés, elle doit avoir son siège au-dessus de l'origine des nerfs du plexus lombaire. En outre l'exagération des réflexes tendineux et surtout le phénomène des orteils sont des signes qui indiquent que le faisceau pyramidal est gravement atteint.

Mais en même temps que le faisceau pyramidal, la substance grise qui, dans les traumatismes de la moelle, est toujours plus profondément altérée que la substance blanche, doit être intéressée. Il en est donc vraisemblablement ainsi de la corne antérieure et de la corne postérieure.

Pour établir que la corne antérieure est altérée, il faudrait pouvoir se rendre compte de l'état des réflexes dans la région de la paroi abdominale, où se rendent les nerfs moteurs auxquels elle donne

naissance, mais l'affaiblissement de la sensibilité à ce niveau ne permet pas cet examen.

On serait d'autre part en droit d'admettre que la corne postérieure est altérée, si on découvrait certains signes, que l'on regarde comme caractéristiques, si l'on trouvait dans la région lombo-abdominale, où se distribuent les nerfs sensitifs avec lesquels elle est en rapport, l'abolition de la sensibilité à la douleur et à la température avec intégrité de la sensibilité tactile.

Les troubles sensitifs, que l'on constate dans cette région, consistent en douleurs vagues et diffuses, et en une plaque d'anesthésie, entourée d'une zone où la sensibilité est diminuée dans tous ses modes. Le siège qu'ils occupent est celui où se distribuent les nerfs des dernières paires lombaires et la plaque d'anesthésie, qui est située à la partie moyenne des fausses côtes, paraît correspondre à la dixième paire, elle doit être attribuée à la désorganisaion de la racine de cette paire et des racines voisines.

Ces racines sont évidemment situées au niveau de la lésion du faisceau pyramidal, de sorte qu'il est permis de supposer que la corne postérieure est lésée, au moins à son extrémité postérieure.

Une même lésion du faisceau pyramidal, de la corne postérieure et des racines sensitives voisines, nous explique ainsi la paralysie spasmodique du membre inférieur et les troubles de la sensibilté de la région lombo-abdominale.

La pathogénie d'une lésion aussi peu étendue, qui occupe presque uniquement le faisceau pyramidal, paraît difficile à déterminer.

Les traumatismes de la moelle, susceptibles de donner naissance à des lésions plus ou moins étendues de cet organe, se divisent en plaies, contusions, commotions et compression.

Les plaies, dont il ne peut être question chez notre malade, étant écartées, il s'agit de rechercher quelle est des autres causes celle qui doit être incriminée.

La compression de la moelle est peu vraisemblable. Elle résulte soit d'une hémorragie méningée, soit d'une fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale et se révèle par des troubles moteurs et sensitifs dans les deux membres inférieurs; il ne semble pas qu'elle puisse occasionner une monoplégie crurale, sans troubles de la sensibilité dans le membre paralysé.

En outre, une hémorragie méningée aurait déterminé de la raideur dorso-lombaire, des douleurs diffuses bilatérales et une tendance à la guérison.

S'il s'agissait d'une fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale, on devrait découvrir une déformation du rachis avec des points douloureux à la pression.

La commotion médullaire donne lieu à des accidents, qui sont encore un sujet de discussion. Il est généralement admis cependant qu'elle provoque en général des symptômes diffus et passagers.

Toutefois il résulte de quelques expériences faites sur les animaux et d'autopsies pratiquées chez l'homme (1), qu'il se produit fréquemment des hémorragies capillaires dans la substance grise.

Il se peut par conséquent que dans certains cas l'hémorragie soit assez abondante pour donner naissance à une paralysie durable. On a cité quelques faits à l'appui de cette manière de voir, et c'est en particulier ce qui paraît s'être produit dans une observation de paralysie des membres supérieurs, avec intégrité des membres inférieurs, communiquée à la Société de Neurologie par André et Lewhardt (2).

Il s'agit d'une personne âgée de 45 ans qui, en allant dans sa cuisine, heurte du pied une caisse, glisse et tombe à la renverse. Elle éprouve des douleurs, dans les épaules et les membres supérieurs; ni les bras, ni les mains, ni les doigts ne peuvent faire de mouvements. Puis, la force musculaire revient en grande partie, les troubles de la sensibilité disparaissent complètement, mais l'atrophie musculaire fait des progrès et la réaction de dégénérescence se manifeste. Les auteurs admettent comme diagnostic vraisemblable la formation de petits foyers hémorragiques dans les cornes antérieures de la moelle et les symptômes qu'ils ont signalés nous paraissent autoriser cette interprétation.

Il est encore possible que l'hémorragie soit assez limitée pour déterminer une monoplégie soit assez limitée pour déterminer une monoplégie, comme dans un cas de Weil, cité par Lépine (3).

Un homme de 31 ans, manœuvre, montait un escalier en portant un lourd fardeau, lorsqu'il sentit tout à coup une forte douleur dans le genou et la cheville du côté droit. Il remarqua en même temps que la jambe droite était devenue très faible. Les douleurs disparurent, mais la paralysie de la jambe ne subit aucune modification. Les mouvements actifs sont presque nuls; abolition des réflexes rotuliens, du tendon d'Achille et plantaire du côté droit; perte de l'excitabilité électrique; atrophie musculaire.

Les signes présentés par le malade et l'artério-sclérose ancienne font porter à l'auteur le diagnostic d'hémorragie localisée entre le troisième segment lombaire et le troisième segment sacré.

Il est permis d'attribuer dans ce cas la paralysie de la jambe, avec abolition des réflexes, atrophie des muscles et perte de la contractilité électrique à une hémorragie survenue dans la corne antérieure de la moelle.

On conçoit que, dans les observations précédentes, une hémorra-

---

(1) Lépine. Etude sur les hémathomyélies. (Thèse Paris, 1900.

(2) *Revue neurologique*, 1905, p. 1102.

(3) Lépine. Thèse citée, p. 374 : A. Weil. Hématomyélie par effort. (*Neurol. Centralbl.*, 1898, p 683.

gie ait pu se produire dans la substance grise, qui est plus vasculaire et plus fragile que la substance blanche, et déterminer une paralysie flasque.

Il est moins bien démontré que, sous l'influence d'une commotion, une hémorragie puisse se produire dans la substance blanche, qui constitue le faisceau pyramidal, et provoquer, comme chez notre malade, le développement d'une paralysie spasmodique de l'un des membres inférieurs

Aussi en considérant que la lésion est fort peu étendue et que ses limites sont bien circonscrites, on pourrait être tenté de supposer qu'elle a été le résultat d'une contusion, exercée par une esquille qui aurait blessé la partie postéro-latérale de la moelle à l'extrémité inférieure de la région dorsale. Mais il n'existe pas de signes de fracture du rachis et bien que certains faits prouvent que les fractures peuvent s'accompagner d'esquilles, sans se révéler par une déformation apparente, cette hypothèse paraîtra peu vraisemblable. L'autopsie en somme serait seule capable de trancher la question.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Séance du 19 novembre 1908. — Présidence de M. JOFFROY

Un cas d'amnésie par pendaison

M. DELMAS présente une malade de 28 ans, atteinte de délire d'interprétation qui, à la suite d'une tentative de pendaison, a présenté une amnésie à forme rétro-antérograde. L'auteur a relevé l'indication bibliographique de 32 autres cas d'amnésie par pendaison et insiste sur les différentes pathogénies proposées pour expliquer l'apparition de ces amnésies : hystéries, épilepsie, perte de connaissance ou plus vraisemblablement troubles de la nutrition cérébrale.

M. GILBERT BALLET. — Il semble qu'il y ait un rapport étroit entre une telle amnésie et les amnésies traumatiques. Il y a entre ces amnésies une analogie frappante qui fait penser à l'origine émotive de ces amnésies par pendaison. Dans le cas rapporté par M. Delmas, cette amnésie vient bien vite pour pouvoir être expliquée par des troubles de la nutrition. M. Ballet se demande si l'explication de Mœbius ne peut s'appliquer ici et estime qu'en tout cas, ici, l'explication psychologique peut être mise sur le même plan que l'explication anatomo-pathologique.

M. JOFFROY ne croit pas non plus qu'il faille se contenter, dans ces amnésies par pendaison, de parler uniquement de modifications circulatoires et de troubles de nutrition des cellules nerveuses. Il faut certes attribuer un rôle aux troubles cérébraux, mais cette explication est insuffisante. Le rôle émotif est absolument indéniable, très important, quelquefois même prépondérant.

M. Joffroy rapporte à ce propos le cas d'une malade qui fit une tentative de suicide par submersion et qui présenta une amnésie complète de sa tentative de suicide, amnésie débutant un peu avant la submersion. Il faut invoquer ici l'influence de l'émotion.

L'émotion joue un grand rôle dans la pathogénie de toutes ces amnésies. Elle est aidée, dans le cas de pendaison, par les troubles circulatoires et l'importance de ces derniers est prouvée par la fréquence plus grande des amnésies dans le cas de pendaison.

Etude clinique et anatomique d'une psychose toxi-infectieuse à forme catatonique du type de la démence préoce

MM. HENRI CLAUDE et F. ROSE. — L'histoire de la malade qui fait l'objet de cette observation peut être résumée de la façon suivante : jeune fille de 27 ans, de souche tuberculeuse, ayant présenté elle-même des manifestations bacillaires frustes ; à la suite de chagrins, elle reste triste, renfermée en elle-même. En 1906 apparaissent des troubles de l'attention, de la torpeur cérébrale, des sortes d'absences, puis se manifestent des idées de persécution passagère, des sentiments d'animosité à l'égard de ses parents. En quelques semaines, à ces premiers symptômes succède un état mélancolique avec stéréotypies graphiques. Bientôt (novembre 1906) apparition brusque des manifestations catatoniques : immobilité prolongée, négativisme, flexibilité cireuse, attitude cataleptoïde, mouvements stéréotypés, suggestibilité. Une légère rémission fut observée dans les premiers mois de 1907, mais avec conservation de l'attitude automatique et des stéréotypies. L'état psychique est peu troublé, malgré les apparences ; pas de confusion, pas de désorientation, conservation des sentiments d'animosité à l'égard des parents et du sentiment de la propriété. Rechutes en mai 1907, reprise de l'immobilité, des phénomènes catatoniques, *cachexie progressive*.

De temps en temps, on nota une légère réaction fébrile, de la céphalée, des épistaxis en rapport avec une infection tuberculeuse en évolution, localisée aux deux sommets des poumons.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une tuberculose fibro-crétacée. L'étude des organes et des glandes à sécrétion interne ne révéla rien d'anormal. Dans les centres nerveux, on nota l'existence d'une méningite scléreuse avec petites hémorragies, à des stades divers de son évolution, et distension des espaces arachnoïdiens par l'œdème. L'examen du cortex montra des altérations des cellules pyramidales et des cellules polymorphes, avec neuronophagie intense, et lésions des fibres d'association. Dans le corps calleux externe, de petits foyers d'encéphalite irritative hyperplasique. Le cervelet était petit et sur les coupes on constatait une diminution de la couche des grains et une dégénérescence marquée des cellules de Purkinje. On constata également de l'œdème périvasculaire avec état lacunaire, qu'on ne peut considérer que comme une lésion très probablement terminale et contingente.

L'étude des symptômes cliniques et des constatations anatomiques nous conduit à écarter les diagnostics de mélancolie avec stupeur et de démence précoce, malgré l'existence du syndrome catatonique. Nous pensons que cela vient à l'appui de la conception de Régis et de quelques auteurs qui pensent qu'il existe tous les intermédiaires entre certaines formes de confusion mentale chronique d'origine toxi-infectieuse et la démence précoce.

Il y a lieu de délimiter, avec des observations anatomo-cliniques soigneusement recueillies, le domaine de cette psychose. Le syndrome de Kræpelin paraît en effet réalisé par deux types de psychose : l'un, qui est véritablement digne du nom de démence précoce, est une psychose constitutionnelle survenant à la puberté, indépendamment des causes toxiques ou infectieuses ;

son pronostic serait fatal, car elle est conditionnée par une atrophie progressive des neurones d'association (Klippel et Lhermitte). L'autre type serait une forme de psychose toxi-infectieuse, souvent d'origine tuberculeuse ; il prendrait le masque de la démence précoce, mais n'aboutirait pas toujours à la démence et serait curable dans les cas où les lésions méningiques et encéphaliques seraient peu prononcées et s'arrêteraient dans leur évolution. L'avenir dira si une pareille décision, intéressante au point de vue du pronostic, est justifiée par la découverte de symptômes et de lésions caractérisant les deux variétés du syndrome hébéphréno-catatonique.

M. VALLON. — M. Claude veut très justement mettre de la lumière dans ce chaos clinique que constitue la démence précoce. Il y a non pas une démence précoce, mais des démences précoces consécutives à l'hébéphrénie, à la confusion mentale, à la catatonie, etc.... Ces différents cas ne doivent pas être confondus ; il existe des cas de confusion mentale qui durent très longtemps et qui guérissent. Or, on ne peut, me semble-t-il, à moins de détourner la terminologie française, appeler *démences* des cas qui guérissent. C'est pourquoi il me semble très utile de faire des délimitations, et le cas si complet de M. Claude est particulièrement intéressant à ce point de vue ; il est seulement regrettable que son malade ait été tuberculeux.

M. DUPRE. — Ce cas est une contribution très importante à l'étude des psychoses toxi-infectieuses, bien plus qu'à l'étude de la démence précoce. Je crois que la malade de M. Claude ne serait pas considérée comme atteinte de démence précoce par les tenants d'une théorie qui me paraît d'ailleurs critiquable à plusieurs titres.

M. KLIPPEL. — Je ne pense pas qu'un malade présentant des lésions aussi multiples d'encéphalite et de méningite, et qui, au point de vue clinique, est différent par bien des côtés de ce que l'on observe dans la démence précoce, puisse servir à l'étude des lésions de cette entité morbide. Avec M. Claude, j'insiste pour que l'on fasse des distinctions.

M. DENY. — Cette malade ne peut être considérée comme une démente précoce par un certain nombre de raisons, dont la principale est que l'affectivité était conservée ; elle a présenté en effet jusqu'à la fin de l'animosité et de la sympathie pour certaines personnes. Cette conservation de l'affectivité est inconciliable avec la démence précoce. Je me rangerai à l'avis de M. Dupré : il s'agit vraisemblablement d'une psychose toxi-infectieuse.

M. BALLET. — M. Deny nie que cette malade soit une démente précoce, parce qu'elle ne correspond pas absolument au tableau clinique typique ; M. Klippel le nie également, parce que les lésions constatées ne correspondent pas à celles qu'il considère comme constituant la base de cette maladie. Je crois actuellement que, pas plus cliniquement qu'anatomo-pathologiquement, nous ne sommes en mesure d'apporter une description complète et définitive de cette entité hypothétique appelée démence précoce. On a peut-être tort de faire ainsi des distinctions prématurées ; on ne pourra constituer le type clinique que quand on aura tous les éléments nécessaires pour cette constitution. Je ne nie pas la valeur des signes décrits comme caractéristiques de la démence précoce, mais ce n'est peut-être là qu'un groupement provisoire.

M. ARNAUD. — M. Claude attribuant à la tuberculose les lésions observées chez sa malade, je pense que celle-ci ne doit pas être considérée comme une démente précoce. Il y a quelques années, on n'aurait pas hésité à ranger une telle malade dans le cadre de la mélancolie avec stupeur.

M. KLIPPEL. — Pour répondre à la critique de M. Ballet, je dirai qu'avec

M. Lhermitte nous avons déjà à notre actif un nombre important d'autopsies de démence précoce (14 malades tous très nets) et que ces sujets atteints d'un même syndrome clinique présentaient tous exactement les mêmes lésions.

Ces lésions ont été retrouvées également à l'étranger et il doit exister actuellement au moins 30 à 40 cas de ce genre. — Est-il possible de ranger dans le même cadre des lésions non seulement différentes, mais d'ordre différent? Il me semble que non et qu'il est très important d'essayer dès maintenant d'établir des démarcations.

M. CLAUDE. — J'ai si peu considéré moi-même ma malade comme rentrant dans le cadre de la démence précoce, que j'intitule ma communication « psychose toxi-infectieuse ». Je voulais essayer d'établir une distinction entre deux types différents, qui peuvent sembler analogues au premier examen, en me basant sur ce cas, que j'ai pu étudier d'une façon absolument complète.

Paralysie générale d'origine traumatique

MM. VALLON et PAUL présentent un homme de 37 ans, exerçant la profession de maréchal-ferrant, sans antécédents héréditaires, non alcoolique, non tabétique, chez lequel ni les commémoratifs ni l'examen direct ne révèlent l'existence de la syphilis.

Santé habituelle excellente.

Au commencement de 1901, grippe infectieuse grave; mais, au bout de six mois, rétablissement complet. En mars 1907, coup de pied de cheval à la région frontale gauche; courte perte de connaissance, plaie superficielle cicatrisée au bout de huit jours. Douleurs de tête croissantes, plus accusées dans la région blessée, puis, en outre, scotome scintillant de l'œil gauche, affaiblissement de l'ouïe du côté gauche.

Au commencement de juillet, diminution consciente de la mémoire; peu après, hésitation de la parole. En septembre, troubles caractéristiques de l'écriture, excitation, actes déraisonnables, puis achats inconsidérés, érotisme. 14 octobre : internement. Agitation. Euphorie. Délire des richesses. Pupilles à peine inégales réagissant bien à l'accommodation et faiblement à la lumière. Embarras de la parole. La plupart des réflexes exagérés un peu plus à droite qu'à gauche.

A noter comme points intéressants : la nature du traumatisme excluant l'idée d'un ictus toujours possible dans le cas de chute; la prédominance au début du processus pathologique du côté de la blessure; l'absence de tont antécédent pathologique permettant d'incriminer le seul traumatisme.

Si on admet que la syphilis est la condition nécessaire du développement de la paralysie générale, ce qui est loin d'être démontré, on est bien obligé de reconnaître qu'elle n'est pas la condition suffisante, pour la raison péremptoire qu'un très grand nombre de syphilitiques ne deviennent pas paralytiques généraux. Donc, il est légitime de conclure que, ici, le traumatisme est la cause de la paralysie générale.

Un rapport médico-légal rédigé dans ce sens a été suivi d'un jugement accor dant au blessé une rente annuelle de 1,500 francs.

M. RAYMOND demande si on a fait la ponction lombaire et la réaction de Wassermann. En dehors de ces symptômes, dont la recherche a été impossible chez le malade, il est difficile de dire que ce malade n'était pas syphilitique.

M. CLAUDE demande s'il y a des lésions de localisation. Est-ce bien juste à dire paralysie générale au lieu de méningo-encéphalite traumatique?

M. VALLON. — Ce malade a tous les signes de la paralysie générale.

M. LERI a été frappé par le fait que, fréquemment, dans le cas de paralysie générale, on trouve un hématome de la dure-mère au niveau du lobe frontal.

Cette lésion, causée par le traumatisme, ne pourrait-elle donner lieu à un syndrome analogue à la paralysie générale?

La ponction lombaire pourrait donner un renseignement exact.

M. DUPRE. — Il est très intéressant de constater la localisation par le traumatisme des premiers symptômes paralytiques ou non.

Anatomie pathologique de la démence précoce

MM. KLIPPEL et LHERMITTE rappellent que, dans leurs travaux antérieurs, ils ont montré qu'il fallait faire des divisions au point de vue anatomo-pathologique des états démentiels. D'une part, ceux qui s'accompagnent de lésions vasculo-méningées; d'autre part, ceux qui sont conditionnés par l'altération dégénérative.

C'est à ces états anatomo-pathologiques que l'on doit réserver le terme de « démence précoce ».

Les auteurs rapportent trois autopsies nouvelles qui confirment les faits déjà avancés par eux. Cette conception de la démence précoce permet de rectifier certains diagnostics.

MM. Klippel et Lhermitte ont pu affirmer, dans un cas, qu'il ne s'agissait pas anatomiquement d'un cas de démence précoce, et l'observation clinique a confirmé cette opinion.

M. DUPRE demande si ces lésions ont été trouvées chez d'autres aliénés chroniques non considérés comme déments précoces, ainsi que le constate maintenant Halsheimer, cette division entre maladies neuro-épithéliales et vasculo-conjonctives présentant un grand intérêt.

Mais, M. Klippel se sert-il de cette division comme base à la limitation de la démence précoce?

M. KLIPPEL. — Nous n'allons pas jusque là.

Stéréotypies chez un dément précoce

M. COTARD. — Les stéréotypies se distinguent en stéréotypies primitives, que l'on observe généralement dans les processus aigus et qui comportent un pronostic favorable, et stéréotypies secondaires, qui sont au contraire un signe de chronicité. Le malade P..., quoique atteint de démence précoce, présente des stéréotypies certainement primitives.

Stéréotypies chez un mélancolique

M. SEGLAS présente un malade atteint, au contraire, de stéréotypies secondaires, et qui étaient primitivement en rapport avec l'état d'anxiété dans lequel se trouvait le malade.

Fugue d'origine hallucinatoire coïncidant avec une épisode convulsif chez un alcoolique délirant

MM. E. DUPRE et RENE CHARPENTIER présentent à la Société un malade de 47 ans, alcoolique chronique, qui présente quelques réactions intéressantes à l'occasion d'un accès alcoolique subaigu avec délire onirique, illusions et hallucinations visuelles, hallucinations auditives et psycho-motrices verbales, idées mystiques et érotiques de persécution et de grandeur. L'une de ces réactions consiste en une fugue d'une ville du centre de la France vers Paris, Bruxelles, Mons et Paris. Au cours de cette fugue, nettement en rap-

port avec des hallucinations auditives et qui se produisit en période onirique, se place une lacune amnésique totale coïncidant avec un accès épileptiforme qui se produisit à Mons. Le retour du malade vers Paris s'effectua sous l'influence des mêmes phénomènes hallucinatoires que le début de la fugue, dont la première et la troisième phase diffèrent nettement de la seconde par leur caractère conscient semi-amnésique et hallucinatoire.

Le malade, actuellement très amélioré, a conscience du caractère mobile des accidents alcooliques qu'il présente, mais croit en la réalité de ses idées délirantes et des hallucinations auditives qu'il entend encore.

Troubles hallucinatoires et délirants observables chez les tabétiques

MM. G. BALLET et R. GLENARD présentent deux malades atteinte de tabes avec cécité et troubles psychiques analogues à ceux qu'ont étudiés M. Pierret et son élève Rougier, et, plus récemment, M. Leri. — Ces troubles peuvent aller des hallucinations simples et conscientes à un véritable délire.

Le premier malade, Ch..., âgé de 55 ans, tabétique depuis une vingtaine d'années, et affecté d'atrophie pupillaire, est complètement aveugle. Il a constamment devant les yeux une tête changeant perpétuellement de forme et de couleur et, par moments, voit défiler devant lui des personnages difformes et des animaux, visions dont il n'a jamais cessé de reconnaître l'origine hallucinatoire.

Le deuxième malade, L..., âgé de 44 ans, tabétique depuis cinq ans, et atteint également d'atrophie pupillaire, peut encore distinguer les caractères entre la lumière et l'obscurité. Mais, sur ces perceptions visuelles imparfaites, quelques illusions et de fausses reconnaissances, il bâtit des interprétations délirantes avec idées vagues de persécution.

Les interprétations délirantes fournies par les troubles sensitifs et sensoriels ne sont pas rares chez les tabétiques, mais il est à remarquer qu'ils ont toujours pour condition première et indispensable l'atrophie des nerfs optiques, c'est-à-dire la perte de la vision.

Un cas de paralysie générale consécutive à une électrocution

M. JOFFROY présente un malade qui fut frappé, à l'âge de 25 ans, par un courant alternatif diphasé de 720 volts. Il y eut une courte perte de connaissance, sans aucun autre symptôme immédiat. Trois semaines environ après cette électrocution, il survint de la céphalée, de l'amblyopie, de la paracousie, puis des hallucinations élémentaires de la vue et de l'ouïe et quelques ictus apoplectiformes. Au bout de deux ans, il y avait une atrophie complète des nerfs optiques et acoustiques. La maladie présenta alors un arrêt qui dura cinq années, au bout desquelles réapparurent des ictus cérébraux, des hallucinations visuelles et auditives, un affaiblissement progressif de l'intelligence, quelques troubles de la parole et, enfin, la ponction lombaire révéla une lymphocytose abondante.

Ce malade n'était pas syphilitique, non plus que celui d'Adam, mais il était fils d'un aliéné paralytique général.

Avec les cas de Kurella, Adam, Eulenbourg et Jellineck, cela fait six cas de paralysie générale due à une électrocution publiés en deux ans.

Paranoïaque justiciable d'un service d'aliénés difficiles

M. RENE CHARPENTIER présente à la Société un malade de 57 ans, paranoïaque querulant, qui est un type de constitution paranoïaque, et a depuis dix ans des idées systématisées de persécution sans hallucinations, sans affaiblissement intellectuel. Des réactions querulantes nombreuses ont précédé et accompagnent le délire actuel. L'insociabilité de ce malade, l'intensité et le

nombre de ses réactions (réclamations multiples, plaintes, candidatures, etc.) en font un sujet ballotté sans cesse de la prison au dépôt de mendicité ou à l'Asile, dont il s'évade. Il a déjà présenté huit arrestations et trois internements. Sa place serait dans un service spécial pour aliénés difficiles, le seul qui convient à des têtes malades, et où l'on pourrait s'opposer avec succès à ses tentatives verbales d'évasion, la chronicité de son état morbide devant avoir pour corollaire le caractère définitif de l'internement.

RENÉ CHARPENTIER.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — Les travaux originaux sont imprimés en caractères italiques

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

M

N

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

13e ANNÉE — No 24 Le numéro : 50 centimes 20 DÉCEMBRE 1908

JOURNAL DE NEUROLOGIE

PARAISSANT 2 FOIS PAR MOIS — LE CINQ ET LE VINGT

NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE

sous la direction de

X. FRANCOTTE
PROFESSEUR DE NEUROLOGIE ET DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE A L'UNIVERSITÉ DE LIÉGE

J. CROCQ
PROFESSEUR AGRÉGÉ A L'UNIVERCITÉ DE BRUXELLES MÉDECIN EN CHEF DE LA MAISON DE SANTÉ D'UCCLE

PRIX DE L'ABONNEMENT { Belgique . . . . fr. 8.00
Etranger 10.00

DIRECTION : Dr Crocq, rue Joseph II, 62, Bruxelles

Imp. médicale et scientifique L. SEVEREYNS, Mont.-aux-Herbes-Potagères, 44, Brux.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07682 4070

